Czasopismo Lekarskie

VIII. 1906. Wrzesień. 9.

Drugie sprawozdanie z przebiegu epidemii płonicy w Łucku 1906 roku i kilka słów o jej leczeniu.

Napisał dr. **Józef Poczobut** (w Łucku, na Wołyniu).

Jak w ubiegłym 1905 tak i w bieżącym roku coraz mniej spotykamy sprawozdań o leczeniu płonicy swoistą surowicą w porówaniu z poprzednimi 2 latami.

Nie sądzę, aby przyczyną tego milczenia był brak mataryału dla płonicy, prędzej przypuścić mogę, że dalsze stosowanie swoistej surowicy nie potwierdziło tej nadziei, jaką pokładano w niej, w samym początku jej stosowania.

W 1904 r. w 11—13 num. Gazety Lekarskiej ogłosiłem 12 spostrzeżeń o przebiegu płonicy, leczonej przeważnie surowicą przeciwpłoniczą d-ra Palmirskiego, z działania której byłem zadowolony, stosowałem ją wtedy w dużych dawkach od 30 do 60 cm.^{3}.

W bieżącym roku w Łucku mieliśmy ciężką epidemję płonicy, zdążającą już do wygaśnięcia; w pierwszych 2-ch miesiącach po zjawieniu się jej, używałem swoistej surowicy Palmirskiego, rzadziej już Pasteur'owskiej, lecz nie zauważyłem tego dobroczynnego wpływu jej na przebieg choroby, jaki, widziałem w poprzedniej epidemii 1904 r. Stosowałem ją wprawdzie w daleko mniejszych dawkach 25 cm.^{3}, a w połączeniu z Pasteur'owską 35 i zawsze w ciężkich lub bardzo ciężkich postaciach płonicy. Większej dozy nie używałem głównie z powodu wygórowanej ceny surowicy w naszych aptekach: 1 flakon o 25 cm.^{3} surowicy Palm. kosztuje 3 rb. 50 kop., 10 zaś cm.^{3} Pasteur'a — 2 rb. 50 kop., co dla biednej klasy ludności stanowi poważną summę. Drugą przyczyną, dla której obawiałem się używać wysokich dawek surowicy, było nierzadkie zjawianie się posurowiczej wysypki, jak to zaznaczyłem w poprzedniem sprawozdaniu, oprócz tego 2 razy wysypce tej towarzyszyła wysoka gorączka, przekraczająca 39^0 w ciągu 2-ch dni; tej gorączki nie mogłem objaśnić żadną inną przyczyną, jak uprzedniem zastosowaniem surowicy. Posurowicze wysypki widywałem najczęściej wtedy, gdy stosowałem w jednym i tym samym wypadku 2, albo i 3 gatunki surowic: swoistą Palm., przeciwpaciorkowcową Pasteur'a i przeciwbłoniczą Palm. Oprócz wspomnianych 2-ch wypadków obserwowałem u 4-*letniego* chłopca z bardzo cieżkiemi dyfteroidalnemi zmianami (w jamie noso-gardzielowej i ustnej, na skórze i w otworze stolcowym) po zastosowaniu 25 cm.^{3} Palm., 10 Pasteura i 1 flakona przeciwbłoniczej surowicy wysypkę posurowiczą i obszerny, cuchnący ropień na miejscu zastrzyknięcia swoistej sur. Palm., który zagoił się dopiero po upływie 3$^1/_2$ tygodni.

Jakkolwiek utworzenie się ropnia było rzeczą nieprzyjemną i dla mnie i dla chorego, uważałem go jednak za klapę bezpieczeństwa w organizmie, zakażonym paciorkowcami, otworzywszy bowiem wspomniany ropień w 8 dni po zastrzyknięciu surowicy, zauważyłem, że objawy dyfteroidalne zaczęły szybko ustępować tak, że chory, po przebyciu jeszcze lekkiego zapalenia nerek, prędko przyszedł do zupełnego zdrowia. Ropienie w danym wypadku porównałbym ze sztucznym ropniem, jaki wywołujemy za pomocą wstrzyknięcia pod skórę olejku terpentynowego w celu zlokalizowania septycznego zapalenia połogowego macicy i jej przydatków.

Wyżej wspomniałem, że przy obecnej epidemii płonicy używałem również surowicy z Instytutu Pasteur'a, ale wątpię, czy posiada ona cechy surowicy, przyrządzonej według metody Mosera, gdyż w instrukcyi, objaśniającej jej użycie, wyliczone są dziesiątki paciorkowcowych chorób, w których z wielkim pożytkiem ma być stosowaną, a w tej liczbie i w płonicy.

Wszystkich wypadków płonicy, obserwowanych w tym roku przeze mnie lub wspólnie z kolegami, było 73, z pośród których 27 leczyłem surowicami, a mianowicie: w 10 przypadkach zastosowałem świostą surowicę Palm. w ilości 25 cm.^{3} per se, albo w połączeniu z 10 cm.^{3} sur. Pasteur'a (3 razy), albo z 1 flakonem przeciwbłoniczej Palm., w 11 razach używałem surowicy Pasteur'a, z których w 4 przypadkach

po 20 cm.^{3}, a w pozostałych 7-iu po 10 cm.^{3}, nareszcie w 6-iu wypadkach na 27 zastrzykiwałem tylko przeciw-błoniczą surowicę w ilości od 1 do 3 flakonów, mając na względzie dyfteroidalne objawy gardła, jamy ustnej i nosa. W 46 zaś wypadkach na 73 używałem volens nolens metody wyczekującej w lżejszych postaciach, w cięższych zalecałem kilka razy dziennie obmywanie całego ciała zimną wodą z dodatkiem octu dla dezynfekcyi skóry, lub letnie wanny 27-26^0 R 2 razy dziennie od 6 do 10 minut. Te ostatnie zawsze obniżały ciepłotę na kilka dziesiątych stopnia: od 0,2 do 0,4-0,5, pomyślny wywierały wpływ na ośrodki mózgowe: przytomność wracała przynajmniej na pewien czas, gdyż dzieci, pogrążone w śpiączce, otwierały w kąpieli oczy i reagowały na bodźce zewnętrzne.

Ten powrót do przytomności robił dobre wrażenie na otoczeniu chorego w prostej klasie, która z wielką niechęcią zgadzała się na stosowanie wanien z obawy przeziębienia dziecka. Dlatego też, zauważywszy dobroczynny wpływ letnich kąpieli na przebieg płonicy, zacząłem w ostatnich 2 miesiącach teraźniejszej epidemii larga manu stosować wanny, nie obawiając się wywołać tym zabiegiem osłabienia działalności serca, upoważniło zaś mnie do tego kroku spostrzeżenie nad zachowaniem się mojej *termometrycznej różnicy.**).

Badając przebieg ciepłoty w płonicy, przekonałem się, że termometryczna r. nawet w przypadkach ciężkich bywa najczęściej normalną t. j. różnica między obwodową ciepłotą mierzoną pod pachą, a wewnętrzną w kiszce prostej, wyrażała się przez 0,2—0,3, bardzo rzadko 0,5 stopnia.

W kilku przypadkach złośliwej szkarlatyny, zakończonej śmiercią w pierwszych dniach choroby, różnica bywała normalną, nawet w dzień zgonu, z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie na kilka godzin przed śmiercią doszła do 0,8—0,9 stopnia. Nawet w tych przypadkach płonicy, w których śmierć następowała w późniejszych okresach wskutek dyfteroidalnych powikłań, różnica znajdowała się w granicach normalnych, dochodząc najwyżej do 0,5—0,6.

Ten fakt dowodzi, że jad szkarlatynowy nie wywiera tak złego wpływu na mięsień sercowy, jak to widzimy w innych ostrych zakaźnych chorobach: błonicy, tyfusie wysypkowym, rzadziej brzusznym, róży, posocznico-ropnicy (septico-pyaemia), rzadziej w grypie (Influenza) i w gruźlicy prosówkowatej (tuberculosis miliaris). W tych chorobach, jak tylko zaczynają występować objawy ostrej niedomogi serca wskutek nie tyle czynnościowych, ile anatomicznych zmian w mięśniu sercowym, wtedy zjawiają się znane podmiotowe i przedmiotowe objawy ze strony układu naczyniowego: puls częsty 140 i więcej, zmienny, często nierytmiczny, tony serca głuche, czasem szmer nad końcem serca, rozszerzenie prawej komory, które nie zawsze z łatwością daje się stwierdzić, dalej bladość twarzy, rąk i nóg z odcieniem nieraz cyanotycznym, następnie niepokój w okolicy serca; ogólne osłabienie, omdlewanie, połączone z nudnościami lub wymiotami. Objawy te w praktyce prywatnej łatwo mogą być niedocenione lub przeoczone. W podobnych razach termometryczna różnica prawie nigdy mnie nie zawiodła. stawała się ona nienormalną, dochodząc do 1^0, a w ciężkich śmiertelnych przypadkach do 1,5^0—2^0, a nawet 3^0 przed samym zgonem. Obecność tej różnicy kazała mi zwracać baczniejszą uwagę na stan serca i dopomagała nieraz do wykrycia wyżej opisanych objawów ostrej niedomogi serca.

Dlaczego w płonicy stosunkowo rzadko spotykałem nienormalną różnicę, tego nie umiałem sobie wytłumaczyć, a badałem ją często, jak tylko mi czas na to pozwalał; ledwo w 2—3 przypadkach znajdywałem ją powyżej 0,5, a mianowicie wtedy, gdy obok śpiączki, częstego i słabego pulsu, uderzała w oczy niezmierna bladość twarzy, a ręce i stopy zabarwione były na siny kolor. Taką właśnie r. spostrzegałem w obserwacyi wspomnianej wyżej. Tymczasem w wypadku, zakończonym śmiersią na 22-gi dzień choroby wskutek zapalenia płuc z zachłyśnięcia się (Schluck-pneumonie) pomimo dokładnej obserwacyi chorego przez lekarza-ojca, różnica ani razu nie przewyższała 0,5. Tak samo badając serce. nie znajdywałem w nim głuchych tonów ani szmerów nad końcem serca, a przy częstym i słabo napiętym pulsie nie spotykałem w nim niemiarowości, jak również nie obserwowałem owego niepokoju,

*) Patrz mają pracę pod tytułem: „Dyagnostyczne i prognostyczne znaczenie, stosunki ciepłoty ciała zewnętrznej do wewnętrznej w stanie patologicznym.“ Gaz. Lekar. 1905 r. od № 45 do 4 , przytem prostuję omyłkę w druku, a mianowicie na str. 1198 № 48, w punkcie 2-m streszczenia powinno być: różnica znajduje się w granicach 0,1—0,3 stopnia, zamiast 0,1—0,5.

ściskania koło serca, które nieraz zdarzało się widywać w okresie niedomogi serca w błonicy, tyfusie wysypkowym i grypie. Być może, że brak tego objawu pochodzi wskutek nieprzytomności i głębokiej spiączki, w jaką są pogrążeni mali pacyenci w 1-szych dniach płonicy.

Z tego powodu wnoszę, że śmierć *w pierwszych dniach płonicy* (w pierwszych dniach!) następuje może nietyle *z porażenia serca wskutek zmian anatomicznych*, zachodzących w nim, ile raczej z *porażenia ośrodków mózgo-rdzeniowych*, zaczem przemawiają następujące objawy: nieprzytomność, głęboka nieraz spiączka, mimowolne oddawanie moczu i kału pod siebie, czasami sztywność członków, jednem słowem ogólna prostracya, wskazująca na silne zatrucie ośrodków nerwowych toksynami płonicy. Takie samo zatrucie dotyczyć może i splotów nerwowych, których tak wielką ilość znajdujemy w sercu, podrażnienie ich, a w końcu porażenie może spowodować nienormalne ruchy serca, kończące się smiercią; wskutek zatrucia nerwów sercowych powstaje częsty, o słabem napięciu, ale miarowy puls, a ta częstość jego stanowi bardzo charakterystyczną cechę dla płonicy, w rzadnej innej zakaźnej ostrej chorobie *na samym początku* nie spotykamy tego objawu. Być może, że porażenie temiż toksynami nerwów naczynio-ruchowych wywołuje zwężenie naczyń obwodowych, zastój krwi w naczyniach włoskowatych skóry, a tem zjawiskiem objaśnić można słabe napięcie tętna, siność rąk i nóg jak również sinawe zabarwienie wysypki. Dziwi mnie też, dla czego większość autorów (Hüttenbrenner, Baginsky, Struempell, Wilczyński), piszących o płonicy, w dziale klinicznym krótko wspominają o tem, że i serce przyjmuje udział w tej chorobie przeważnie na zasadzie częstego i słabego pulsu, daleko prędzej załatwiają się na stole sekcyjnym z anatomją patologiczną serca, nie ma wzmianki o tem, aby mięsień sercowy przedstawiał jakiekolwiek wybitne zmiany makroskopowe, niektórzy, jak Baginsky wspominają tylko o rozszerzeniu prawej komory serca: przyżyciowych skrzepach, powstających w niej w chwili agonii. Jeden tylko prof. Gluziński w rozdziale, „ostre choroby mięśnia sercowego“, mówiąc o myocarditis acuta, które najczęściej powstaje w przebiegu błonicy, gośćca stawowego, duru brzusznego, grypy, płonicy i stanów posoczniczych, wyraźnie zaznacza zmiany anatomiczne mikroskopowe, zachodzące w mięśniu sercowym, polegają one na odczynowych sprawach w komórkach mięsnych, tkance międzykomórkowej i w naczyniach z jednej strony, a z drugiej zwyrodnienie miąższowe, woskowe, wakuolizacya protoplazmy komórek, z 3-ej zaś strony małe skrzepy, białe i czerwone w małych żyłkach i tętnicach są podstawą obrazu anatomicznego. Niekiedy jednak na stole sekcyjnym nie znajdujemy zmian właściwych zapalenia. Jest to więc zboczenie raczej czynnościowe wskutek działania toksyn nie tylko na mięsień sercowy, lecz na cały narząd naczynio-ruchowy (str. 294, 296). Lecz wyżej wspomniane zmiany w mięśniu sercowym odnoszą się do grupy ostrych zakaźnych chorób, a nie specyalnie do płonicy. Przebieg zaś kliniczny tych chorób nie jest jednakowym. Wiemy, że ostra niedomoga serca w błonicy (prof. Gluziński również wspomina o tem) występuje nie na początku jej, a najczęściej w 2 lub w 3-im tygodniu po zupełnem wygaśnięciu miejscowej sprawy w gardle, sprowadzając nieraz nagłą, nieoczekiwaną śmierć wśród pozornie dobrego stanu pacyenta *), tak samo w tyfusie wysypkowym nigdy w pierwszych dniach choroby, a najczęściej w środku lub przy końcu 2-go tygodnia, rzadziej spotykamy ostrą niedomogę serca po przejściu tyfusu brzusznego (zdarza się wśród przebiegu jego) — było więc dosyć czasu na wytworzenie się zapalnych, czy degeneracyjnych zmian w mięśniu sercowym; w tych razach i term. różnica była nienormalną.

Tymczasem w płonicy często śmierć następuje właśnie w 1-ych dniach choroby, a w piorunujących przypadkach w ciągu pierwszej doby t. j. wtedy, kiedy absolutnie nie wystarczyło czasu na wytworzenie jakichkolwiek zmian w mięśniu sercowym.

Dlaczegoż więc w przypadkach złośliwej płonicy nie przyjąć za przyczynę śmierci porażenie nerwowe tak ośrodków mózgowych jak i sercowych wskutek podziałania toksyn?

Gdy śmierć w płonicy występuje podczas przebiegu dyfterytu w gardle,

*) Ostatniemi czasy w 4-ch przypadkach ciężkiej błonicy w pierwszych dniach choroby spotykałem nienormalną różnicę, na zasadzie czego mogłem przepowiedzieć ciężki przebieg w okresie zdrowienia — jakoż jeden przypadek zakończył się śmiercią w początkach 2-go tygodnia, w 2-ch drugich wystąpiło zapalenie nerek, we wszystkich było porażenie (paresis postdipht), przebieg i zejście w 4-ym przypadku nie jest mi znanem.

jamie ustnej i nosowej lub wskutek innych powikłań w 2 i 3-im tygodniu to już mamy wszystkie warunki do wytworzenia ostrej niedomogi serca, a jednak rzadko spotykałem ją w tym okresie, najczęściej śmierć następowała wskutek mechanicznych przeszkód w oddychaniu i połykaniu: obrzmienie gardła, szyi, ropni szyjowych i pozagardzielowych; występujące czasami zapalenie płuc, opłucnej lub endocarditis ulcerosa mogą spowodować śmierć przy objawach ostrej niedomogi serca, ale w teraźniejszej epidemii obserwowałem 2 najwyżej 3 razy zapalenie płuc. Zresztą tak po przejściu wysypki, jak i po ustąpieniu wszystkich ciężkich powikłań, przez jakie przechodzą chorzy płonicowi, okres zdrowienia szybko postępuje, wraca apetyt i siły. Nie zdarzyło mi się ani razu spostrzegać w tym okresie napadów omdlenia lub nagłej śmierci; po przejściu zaś innych zakaźnych ostrych chorób (tyfusy, septicaemia, grypa), w przebiegu których występowała ostra niedomoga serca, apetyt wraca powoli, osłabienie ogólne przeciąga się, jednem słowem okres zdrowienia trwa od 1—2 do kilku tygodni. Nakoniec, gdyby jad płonicowy wywierać miał tak zgubny wpływ na mięsień sercowy, to przy zjawieniu się ostatniego powikłania, zapalenia nerek, często w towarzystwie zapalenia płuc, żadne serce płonicowe nie wytrzymałoby takiej próby, a jednak widzimy, że nawet ciężkie postacie nerkowego cierpienia, przeciągające się długo, przechodzą często szczęśliwie, nie wywierając zgubnego wpływu na serce.

Upatrując więc w płonicy największe niebezpieczeństwo dla organizmu w porażeniu ośrodków mózgowych i splotów nerwowych serca wskutek działania toksyn płonicowych, przychodzę do wniosku, że w leczeniu płonicy największe znaczenie posiadają metody i środki, zmierzające do wyprowadzenia jadu szkarlatynowego, a zatem przedewszystkiem wanny letnie, krótkotrwałe, stosowane 2—3 razy dziennie, wlewanie fizjologicznego roztworu pod skórę lub do kiszki prostej; to ostatnie, jako łatwe do wykonania, polecam robić kilka razy dziennie, używając na raz 50—60 grm. płynu, dalej jako antipireticum i w celu pobudzenia obiegu krwi skórnego stosuję kilka razy dziennie obmywanie całego ciała zimną wodą z dodatkiem octu, przeciw śpiączce zimne okłady lub pęcherz z lodem na głowę, przytem zwracam najpilniejszą uwagę na utrzymanie w czystości jamy ustnej, szczególniej u nieprzytomnych dzieci, polecając ostrożne wycieranie jej jakimkolwiek przeciwgnilnym płynem. Wychodząc z tejże zasady (porażenie nerwowe), sądze, że stosowanie w płonicy środków pobudzających nasercowych, jak kamfora, coffeina, piżmo i t. d. nie mogą mieć tego znaczenia, jakie im przypisujemy w innych ostrych, zakaźnych chorobach, połączonych z osłabieniem działalności serca, gdzie wspomniane środki wywierają znakomity wpływ na podniesienie sprawności mięśnia sercowego to też w obecnej epidemii daleko rzadziej uciekałem się do tych leków. Tak postępując, otrzymywałem rezultaty jeśli nie lepsze w porównaniu z dawnemi metodami leczenia, to w każdym razie nie gorsze.

Gdy się zaczęła obecna epidemia płonicy, nie miałem zamiaru ogłaszać drukiem wszystkich przypadków, które dostawały się pod moją obserwacyę, gdyż zajęłoby to za dużo miejsca w niniejszym artykule, dlatego też nie notowałem każdego przypadku skrzętnie, szczegółowiej nieco zapisywałem przypadki, kończące się śmiercią, których miałem 21, przytaczam tylko te, które leczone były surowicą.

1) Dziewczynka K. lat 17, chora kol. Ber. Początek i przebieg choroby wskązywał na płonicę złośliwą z zajęciem przedewszystkiem ośrodków mózgowych: utrata przytomności, śpiączka, puls od 120 do 130, ciepłota około 40,0°, czasem o parę dziesiątych wyżej, brak wyraźnych objawów dyfteroidalnych ze strony gardła, gruczoły podszczękowe nieznacznie powiększone. Kol. Ber. zastosował w dwóch dawkach 20 ctm. surowicy Pasteur'a, zalecił smarowanie gardła i dezynfekcyę jamy ustnej. 7-go dnia choroby wezwany na wspólną naradę znalazłem stan wyżej opisany, C. 40,0° pod pachą, śpiączkę. Zaleciliśmy wannę 27° R., po której przytomność na kilka godzin wróciła.

8-go dnia C. 40,2°, puls 130, nieprzytomność trwa dalej, wanny z powodu bezwładu chorej są niemożliwe do wykonania.

9-ty dn. C. rano 40,6° (p. p.), w kiszce prawej 41,0°, puls 130, połykanie utrudnione. Wieczorem C. 40,7, po poł., (41,1°) w kiszce prostej, puls 140—150, tony serca jasne, czyste. W nocy śmierć.

2) Chłopczyk K., 3 i pół lat. C. pod pachą od 39,5° do 40,2°. Dyfteryt gardła i jamy ustnej, obrzmienie gruczołów podszczękowych i szyjowych głębokich, nie-

przytomność, połykanie utrudnione. Zastrzyknięto 10 cm.³ sur. P a s t e u r'a + 25 cm.³ swoistej P a l m i r. Śmierć na 5-ty dzień choroby.

3) Dziewczynka 1³/₄ r. Płonica zwykła, dyfteroid, obrzmienie gruczołów podszczękowych i szyjowych głębokich. C. po poł. do 39,5⁰, a w kiszce prostej do 40,0⁰, pod koniec choroby o parę dziesiątych wyżej, rozwolnienie, przy końcu zupełna nieprzytomność. Wstrzyknąłem 25 cm.³ swoistej surowicy P a l m. i 2 flakony przeciwbłoniczej. Śmierć na 11 czy 12-ty dzień choroby. Obrzęk gruczołów szyjowych i pozagardzielowych.

4) Chłopiec 1¹/₂ r. Na drugi dzień choroby C. 40,3⁰ w kiszce prostej. 1 flakon (10 cm.³) sur. P a s t e u r a. Śmierć na 5-ty dzień wskutek dyfterytu i obrzmienia gruczołów szyi.

5) 3 letnia dziewczynka. Płonica złośliwa z utratą przytomności w ciągu całego przebiegu choroby, siność wysypki na kończynach. C. w kiszce prostej dochodziła do 41,2⁰ (na jeden dzień przed śmiercią). Puls od 130 do 140, słabego napięcia, dyfteroid gardła i obrzmienie kolosalne gruczołów szyjowych i podszczękowych. Na drugi dzień choroby użyłem 25 cm.³ sur. swoistej P a l m., a na 3-ci 1 flakon przeciwbłoniczej. Śmierć na piąty dzień w asfiksyi.

6) Chłopczyk 2 letni, płonica złośliwa z dyfterytem gardła i obrzmieniem gruczołów szyjowych, zastosowano 10 cm.³ sur. P a s t e u r'a. Śmierć na 6-ty dzień. Obserwacya kol. B e r.

7) Chłopczyk Szm., 3 lata 2-gi dz. choroby: śpiączka, puls 140, C. w południe 40,4⁰ p. p., a w kiszce prostej 40,7⁰ wysypka obfita, na kończynach ciemna. Dyfteroid gardła w postaci szarych kropek, gruczoły podszczękowe powiększone, rzężenie w piersiach z powodu obrzęku migdałów i podnieb. miękkiego. Zastosowałem 10 cm.³ sur. P a s t e u r'a i wanny letnie. Wieczorem C. zew. 39,9⁰, wewn. 40,2⁰, przytomność po wannie wróciła na pół godziny. Stan ogólny bez zmiany, rozwolnienie pod siebie; 3-ci dz. poł. C. zewn. 40,2⁰, wewn. 40,5⁰, puls 140, tony serca czyste. Zastrzyknąłem 25 cm.³ sur. P a l m. i zaleciłem wannę, po której przytomność wróciła zaledwie na kilka minut, w ciągu których chory mógł napić się mleka. Wiecz. C. 40,0⁰ w kiszce prostej, nieprzytomność i rozwolnienie pod siebie. Zaleciłem obmywanie zimną wodą z octem. 4-ty dzień rano C. zewn. 39,7⁰, wewn. 40,1⁰. Obrzmienie gardła i gruczołów większe, dyfteryt przeszedł na jamę nosową. Wieczorem. C. zewn. 39,7⁰, wewn. 39,9⁰, puls słaby, tony serca czyste. 5-ty dzień z poł. C. zewn. 40,1⁰, wewn. 40,3⁰, stan ogólny bez zmiany. Wiecz. C. zewn. 39,0⁰, wewn. 39,4⁰. puls bardzo słaby, około 140, charczenie w gardle, kończyny ciepłe, sine, w nocy smierć przy objawach zaduszenia.

8) Dziewczynka 8 lat, Szkarlatyna z dyfteroidem i obrzmieniem gruczołów szyjowych, nieprzytomność. Kol. B e r. zastosował w 2-ch dawkach 20 cm.³ sur. P a s t e u r'a. Śmierć na 8-y dzień choroby.

9) Aszk. Z. 3 l., 2-gi dzień wysypki, a 3-ci choroby, wysypka na kończynach ciemno czerwona, nieprzytomność, puls 140, tony czyste, rozwolnienie. C. p. p. 40,6o, w kiszce prostej 40,9⁰. Kilka plam dyfterytycznych w gardle. Zaleciłem obmywania zimną wodą z octem, wanny letnie i pęcherz z lodem na głowę. Wieczorem po wannie C. p. p. 40,0⁰ w kiszce prostej 40,6⁰, puls 150, słaby, ręce i nogi cyanotyczne, zimne; 2 godz. potem c. p. p. 40,1⁰, w kiszce prostej 40,6⁰. Zastrzyknąłem *10 cm.³ Past.*

3-ci dzień wysypki, rano C. p. p. 40,3⁰ w kiszce prostej 40,6⁰ zaraz po wannie, przytomność wróciła na ¹/₂ godziny, puls słaby, tony serca czyste, jasne; wysypka objęła całe ciało, na kończynach z odcieniem sinawym. Naloty w gardle zwiększyły się, obrzmienie gruczołów podszczękowych lewych nieznaczne; wanna 27⁰ R. 1 flakon surowicy przeciwbłoniczej. Wieczorem C. p. p. 40,4 w kiszce prostej 40,7⁰, a w nocy 40,6⁰ zewn., wewn. zaś 41,0⁰, śpiączka, rozwolnienie pod siebie. Zaleciłem coff. Wczoraj i dziś zrobiono kilka lawatyw z płynu fizologicznego po 60 grm.

4-ty dzień wysypki, a 5-ty choroby. C. r. zewn. 39,7⁰, wewn. 40,2⁰, śpiączka, puls 150, bardzo słaby, tony serca czyste, jasne, kończyny ciepłe, sine. Rozwolnienie przeszło. Zaleciłem tylko lawatywy z płynu fizyolog. i coff. do wewnątrz. Poł. C. zew. 40,0⁰, wewn. 40,3⁰, połykanie utrudnione. Wieczorem C. 39,7⁰ p. p., a w kiszce prostej 40,6⁰. W nocy o 12-ej godz. C. p. p. 40,9⁰, w kiszce prostej 41,25, puls 160, ledwo wyczuwalny, tony serca czyste. Lymphadenitis sin. postępuje. Nad ranem na 6-ty dzień choroby, a 5-ty wysypki w głębokiej śpiączce nastąpiła śmierć wskutek porażenia mózgu i serca.

10) Aszk. Chana, 6 lat, siostra poprzedniego chorego. W ciągu 3-ch dni

Angina scarlatinosa levis przy ciepłocie nie przewyższającej 38,0° p. p. 1-szy dz wysypki rzadkiej, C. zewn. 39,2°, wewn. 39,5, puls powyżej 120, przytomna. Brak nalotów w gardle, początek więc choroby łagodny.

2-gi dzień wysypki, która rozszerza się powoli. C. w kiszce prostej 40,5°, w połud. Zastosowałem 20 cm.³ snr. P a s t e u r'a. Wieczorem C. zewn. 40,3° wewn. 40,5°, puls 140 dobrego napięcia, nieprzytomność. Obcierania ciała zimną wodą z octem, letnia wanna.

3-ci dzień rano C. wewn. 40,6°, puls 150, nie słaby, tony serca jasne, śpiączka. Wiecz. C. zewn. 40,6°, wewn. 40,85, puls 160 tegoż charakteru.

4-ty dzień C. rano zewn. 40,7°, wewn. 41,0°, puls 140, pełny, śpiączka trwa. Wieczorem C. zewn. 40,2°, wewn. 40,5, wysypka na kończynach sina, o 12-ej godz. w nocy C. wewn. 40,7°; puls 150, nogi ciepłe, koło 2-giej g. w nocy zrobiono szprycowanie gardła, po którem zaraz nastąpiła śmierć.

Przeglądając bardzo ciężkie i złośliwe przypadki płonicy, kończące się śmiercią, widzimy, że ciepłota, obwodowa dosięgała w nich 40,0° i wyżej stopni, a wewnętrzna od 40,1 — 2° do 41,25°. Takiej hypertermicznej ciepłocie towarzyszyć zwykły objawy zatrucia mózgu i nieprzytomność, bredzenia, które potem przechodzą w śpiączkę, prawie zawsze rozwolnienie, najczęściej mimowolne, puls b. częsty, o słabem napięciu, czasem ledwo wyczuwalny, oddech częsty, niekiedy przy obrzmieniu gardła i szyi chrapliwy.

Jeżeli C. dochodzi do 40,0° lub nawet wyżej, ale trwa krótko, np. pierwszego dnia wysypki, a już na 2-gi dzień spada poniżej 40,0°, to nie jest ona objawem niebezpiecznym i nie upoważnia do stawiania złego rokowania. W przeciwnym razie, gdy zewn. C. znajduje się powyżej 40,0°, a wewnętrzna dosięga 41,0° i wyżej, trwa na tej wysokości 2—3 lub więcej dni, a gdy przy tem nieprzytomność lub śpiączka staje się stałem zjawiskiem, to wtedy rokowanie musimy stawiać bezwarunkowo złe, żadna interwencya z naszej strony nic tu zdziałać nie potrafi, gdyż wszelkie metody lecznicze pozostają bez żadnego wpływu na zakażony organizm.

Co się tyczy leczenia dyfteroidu płonicowego, to w ostatnim miesiącu obecnej epidemii zacząłem stosować pędzlowanie gardła roztworem C h l u m s k i e g o, który od roku używam z dobrym skutkiem przy róży i septycznych ranach, środek ten zapożyczyłem od samego autora kilka lat temu podczas wakacyjnych lekarskich kursów w Krakowie. Zapisuję słabszy roztwór w stosunku 1:4 w postaci recepty: ac. carbol. puri 2,5+camphorae 10,0. Używa się do tego roztworu czystego, bezwodnego, krystalicznego kwasu karbol., który przedtem trzeba rozpuścić ogrzewaniem, a potem dodać kamfory i zmieszać, otrzymujemy wtedy płyn czysty, klarowny z zapachem kamfory, który nie ujawnia przyżegającego działania, właściwego tak silnemu stężeniu kwasu karbolowego (25%). Po większej części smarowałem sam b. lekko 2—3 razy dziennie, unikając starannie tego, aby płyn nie dostał się do żołądka, sprawia on, zdaje się, mniejszy ból, niż przy smarowaniu gardła. Tinet jodi z gliceryną lub z Tinct. Gallar. Jeżli przy dyfteroidzie mamy silne obrzmienie migdałów, wskutek czego dostęp do gardła zostaje utrudnionym, a jeśli temu towarzyszy jeszcze nieprzytomność, to najczęściej w podobnych razach unikam wszelkich smarowań, a tembardziej szprycowań do gardła, gdyż przy tem ostatniem u dzieci nieprzytomnych lub osłabionych wstrzykiwany płyn łatwo dostać się może do krtani i wywołać zachłystowe zapalenie płuc, lub wprost zaduszenie, nie trzeba jednak zapominać o utrzymaniu w czystości samej jamy ustnej.

Takich przypadków dyfteroidu płonicowego, w których używałem płynu C h l u m s k i e g o do pędzlowania gardła, miałem 12, z nich 2 zakończyły się smiercią, ale tu zastosować mogłem ten roztwór wszystkiego 3 czy 4 razy, gdyż ciągła śpiączka i znaczne obrzmienie gardła (istmi fancium) i gruczołów szyjowych nie pozwalały swobodnie gospodarować ani w niem ani nawet w jamie ustnej. z tego też powodu zaniechałem i szprycowań, albowiem dzieci łykały całkowicie płyn, zastrzykiwany im do ust. W pozostałych 10 przypadkach przebieg defterytu zdawał się być krótszym, niż przy stosowaniu innych pędzlowań, w żadnym z tych dziesięciu przypadków nie doszło do zropienia gruczołów na szyi.

Jak to widać z opisu śmiertelnych przypadków płonicy, obecna epidemia dawała ciężkie powikłania dyfteroidalne, za to zapalenie nerek płonicowe zdarzało się rzadziej, niż w poprzedniej z 1904 r. epidemii i to zarówno u chorych le-

czonych surowicą, jak i u nieleczonych wcale. Z 73 przypadków płonicy, wykluczywszy 15 śmiertelnych, w których śmierć nastąpiła w 1-szym lub w początkach 2 tygodnia choroby pozostanie 58, z pośród których tylko w 3 razach było ciężkie zapalenie nerek z mocznicowemi objawami, z nich 2 zakończyły się śmiercią, gdyż były nie systematycznie lub wcale nie leczone, 3-ci zaś przypadek; dotyczący 7 letniego chłopca, pomimo drgawek mocznicowych i zapalenia płuc, zakończył się wyzdrowieniem pod wpływem Prisnitzowskizh zawijań całego ciała i ciepłych kąpieli; chory ten przebył średnią formę płonicy bez żadnego leczenia, a po ustąpieniu wysypki i gorączki uważany był za zupełnie zdrowego i dlatego nie stosowano ani wanny, ani dyjety mlecznej w celu zapobieżenia powikłaniu nerkowemu. W pozostałych zaś 55 wypadkach zapal. nerek zdarzały się bardzo rzadko i jeśli się zjawiały, to przebiegały w lekkiej postaci, najczęściej bez żadnego leczenia.

Na ostatku w kwestyi zapalenia nerek szkarlatynowego jeszcze na jedną rzecz zwrócić należy uwagę, a mianowicie, że przypadki płonicy, połączone z długotrwałym dyfteroidem, ciągnącym się 2 i 3 tygodnie. rzadko dawały powikłania nerkowe poważnej natury, co najwyżej w podobnych razach znajdywałem tylko ślady białka w moczu. Ten fakt objaśnić można chyba tem, że tacy chorzy, volens, nolens, musieli pozostawać w łóżku, akurat w tym czasie, gdy zwykły pojawiać się nerkowe cierpienia. Te zaś dzieci, które, przebywszy lekką lub średnią postać płonicy, już w końcu 2-go tygodnia opuszczały łóżko i używały zupełnej swobody w dyjecie i ruchu. najczęściej zapadały na ciężką formę zapalenia nerkowego.

Jak w każdej ostrej zakaźnej chorobie, tak i w płonicy często widzimy, że podczas przebiegu danej epidemii domowej jeden przypadek płonicy może przebiegać w odmienny sposób od innych, że jeden lub 2-aj członkowie rodziny mogą ulegać złośliwej lub ciężkiej postaci płonicy, pozostali zaś przebywają lekką postać bez względu na zastosowanie tego lub innego sposobu leczenia. Niektórzy autorowie, widząc dobry rezultat od zastosowania surowicy w jednym przypadku danej rodziny, przypuszczali, że inne śmiertelne przypadki z tej samej rodziny nie zakończyłyby się śmiercią, gdyby w swoim czasie zastosowaną była surowica lub inna metoda lecznicza. Tego samego zdania trzymałem się, pisząc pierwsze sprawozdanie o płonicy w 1904 r. Obecnie przyszedłem do wniosku, że każdy przypadek domowej epidemii należy ściśle indywidualizować. Na potwierdzenie tego przytoczę kilka przykładów: 1) w domu chorego, zmarłego na 4-ty dzień choroby, było jeszcze 5 przypadków płonicy, zakończonych wyzdrowieniem, z których jeden, jakkolwiek przebiegał w ciężkiej postaci dyfteroidu, miał jednak zejście pomyślne przy użyciu tej samej metody leczniczej (surowica i wanny); 2-i miał wprawdzie na początku wysoką ciepłotę wewn. do 40,1°, ale ta już na drugi dzień spadła do 39,5°, a na 5-ty 37,3° bez żadnego leczenia; w 3 i 4-ym przypadku był dyfteryt płonicowy średniego natężenia, nakoniec w 5-ym szkarlatyna przebiegała pod postacią anginy bez wysypki. 2) Brat chorej, zmarłej od płonicy, piorunującej przebywał zwykłą szkarlatynę bez żadnych powikłań, 3) Troje dzieci z rodzeństwa chorego, zmarłego na 22-gi dzień wskutek dyfteroidu i zapalenia płuc, przebywało lekką, średnią i ciężką postać płonicy bez użycia surowicy, a tylko przy umiarkowanem stosowaniu letnich wanien. 4) Siostra chorych pod Nr. 8 i 9 przebyła płonicę bez wysypki przy ciepłocie, nie przewyższającej 38,0°. Podobnych przykładów mógłbym jeszcze kilka przytoczyć. Na zakończenie niniejszego artykułu wspomnieć muszę, że w teraźniejszej epidemi spotkałem wszystkiego 3 czy 4 razy lekki reumatyzm płonicowy, ani razu zapalenia wsierdzia wrzodziejącego (endocarditis ulcerosa,) które widywałem w poprzedniej epidemii.

Streszczając ważniejsze dane, dotyczące przebiegu i leczenia płonicy w niniejszem sprawozdaniu, przychodzę do następujących wniosków:

1-o) Każda epidemia płonicy ma swój typ, w którym przeważają jedne powikłania, innych brakuje lub występują one w słabym stopniu.

2-o) Domowe epidemie odznaczają się różnorodnością w przejawach i przebiegu każdego pojedyńczego przypadku, zachowując główny typ danej epidemii.

3-o) Przeciwpaciorkowcowa lub swoista surowica w płonicy nie daje lepszych rezultatów od innych metod leczenia.

4-o) Jeśli mamy próbować w dalszym ciągu działania surowicy w płonicy, to należy używać ją w dawkach powyżej 50 cm.³, a w takim razie udostępnić jej cenę w handlu.

5-o) Metody, służące do eliminacyi z organizmu jadu płoniczego, jak wanny, dermo i entero-klyzmy, zasługują na większe, niż dotąd rozpowszechnienie.

6-o) Zapalenie mięśnia sercowego w przebiegu płonicy zdarza się rzadziej, niż w innych ostrych zakaźnych chorobach.

7-o) Przypadki złośliwej płonicy z hypertermiczną ciepłotą i śpiączką opierają się wszelkim metodom leczniczym.

Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą.

Podali: J. Brudziński i H. Trenkner.

(dokończenie).

XII.

Genowefa P. l. 2. Nr. ks. głównej 59. Przyjęta do szpitala V-go d. choroby.

Stat. Praes. V.

Budowa, odżywienie niezłe. t° 40,3°. Skóra na policzkach sinicowo zaczerwieniona, na szyi, tułowiu wysypka średnio punkcikowata, zlewająca się, kończyny sinicowo zabarwione, chłodne.

Szkielet krzywicowy, ciemiączko niezarośnięte, wielkości 4 groszy.

Gruczoły karkowe tylne wielkości grochu, boczne — orzecha laskowego, podszczękowe, podpachowe i pachwinowe — groch.

Na pół przytomna.

Wargi sine, język obłożony, siny, migdałki obłożone, nalotów nie widać. Z nosa wydzielina śluzoworopna.

Tony serca głuche, l. t. 100, miękkie. Oddech nasilony z wciąganiami w dołku. Liczba oddechów 60, suche rzężenia.

Brzuch wzdęty. W czasie badania oddała obfity, wodnisty stolec.

Śledziona, wątroba niemacalne.

W południe zastrzyknięto 25 cm.³ sur. Palm.

Zmarła o 4-ej.

XIII.

Stanisława Z. l. 3. Nr. ks. głównej 201.

Przyjęta do szpitala III-go dnia choroby.

Stat. praes. III-go.

Budowa drobna, odżywienie mierne. Skóra pokryta drobno i średnio punkcikowatą, sinicowo zabarwioną wysypką. Stopy chłodne.

Szkielet wątły.

Tylko szyjowe gruczoły lekko powiększone. Nieprzytomna, przy badaniu leży bezwładnie, nie reaguje. Oczy zapadnięte.

Wargi suche, język czysty czerwony, wilgotny; na migdałkach naloty dyfteroidalne, nos założony.

Tętno drobne, tony serca czyste.

Narządy oddechowe bez zmian.

Brzuch lekko wzdęty.

Wątroba macalna.

Śledziona niemacalna.

Rokowanie 3—4.

O 11½ w południe zastrzyknięto 45 cm.³ sur. Palm., o 1½ w nocy tegoż dnia śmierć.

XIV.

Regina K. lat 3. Nr. ks. głównej 170.

Przyjęta III-go d. choroby.

Stat. praes. III.

Budowa dobra, odżywienie dobre. t° 40,3° — 40,5°. Na całej powierzchni skóry drobno punkcikowata, sinawo zabarwiona, na podudziach zlewająca się wysypka. Stopy, dłonie i nos chłodnawe.

Szkielet lekko krzywicowy, dobrze rozwinięty.

Po stronie lewej twardy jak deska, obrzęk, ciągnący się od ucha lewego prawie do linii środkowej, bolesny.

Pod kątem szczęki prawej gruczoł wielkości orzecha laskowego.

Gruczoły podpachowe —duży groch, pachwinowe niemacalne.

Senna, na pół przytomna, pić nie żąda, mocz oddaje pod siebie, uszy wolne, spojówki mało nastrzyknięte.

Oba migdałki i część podniebienia pokryte brudno szarymi nalotami. Górna powierzchnia języka obłożona, brzegi czyste. Nos założony zaschłą wydzieliną śluzoworopną.

Granice serca prawidłowe tony dosyć czyste.

Narządy oddechowe bez zmian.

Brzuch duży, stolców nie było.

Wątroba, śledziona niemacalne.

Rokowanie 3—4.

Tegoż dnia zastrzyknięto 40 cm.³ sur. Palm.

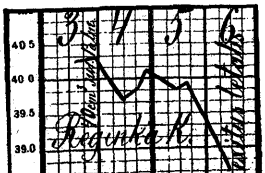
IV. t⁰. 40,5⁰ — 39,6⁰. Wysypka nabiera bardziej sinawego odcienia. Stopy ciepłe. Senna. Obrzęk po stronie lewej rozciąga się od tylnego brzegu przyczepu mięśnia st. ct. mast. do linii środkowej podbródka, nieruchomy, deskowato twardy, gruczoły po stronie prawej również powiększyły się. Z nosa obfita wydzielina śluzoworopna. Dziąsła i język lepkim śluzem pokryte. Stan ogólny ciężki.

V. t⁰ 39,5⁰ — 40,2⁰ — 39,6⁰. Obrzęk po stronie lewej jednolity, twardy jak deska, takiż obrzęk tworzy się po stronie prawej. Skóra na twarzy woskowo żółta. Wysypka ma odcień wybitnie sinicowy. Na gałce prawej, bliżej kącika wewnętrznego — nie wielka wybroczyna. Z nosa wysięk posokowaty. Cuchnienie z ust. Gardła z powodu obrzęków obejrzeć nie można. Śledziona niemacalna. Tętno nieobliczalne. W ciągu ubiegłej doby 7 wolnych wypróżnień.

VI. W okolicy prawego stawu barkowego i stawu łokciowego prawego — wybroczyny podskórne. Twarz obrzękła, cera woskowo żółta. Oddech nasilony. Senna. Nie reaguje. Obrzęk pod szczękami bez zmian. Z nosa obfita wydzielina. Tętno słabe, nie dające się policzyć. Śledziona macalna. Stan ogólny b. ciężki. Tegoż dnia śmierć.

III-go dnia choroby, przy rokowaniu 3—4 (sinicowo zabarwiona wysypka, chłodne kończyny, obrzęk głęboki gruczołów podszczękowych, brak przytomności) zastrzyknięto 40 cm.³ sur. P a l m. Stan ogólny pogarszał się stale. Śmierć VI-go dnia.

Regina K.



XV.

Jan K. 1 rok 9 m. Nr. ks. głównej 222.

Przyjęty II-go d. choroby.

Stat. praes. III.

Budowa, odżywienie dobre. t⁰ 40⁰. Na całem ciele delikatna, drobno punkcikowata, równomiernie rozlana, blada wysypka, najżywiej zabarwiona na kończynach. Stopy ciepłe.

Kościec mocny, ślady lekkiej krzywicy, ciemiączko zarośnięte.

Gruczoły karkowe boczne — groch, podszczękowe prawe — groch, lewe — fasola, ruchome, mało bolesne, podpachowe — fasola, pachwinowe groch.

Przytomny, mazgai się. Narząd wzroku i słuchu bez zmian.

Gardło zaczerwienione, nalotów zdaje się niema (badanie utrudnione), język czerwony, wilgotny.

Tony serca czyste, odgraniczone.

Narząd oddechowy bez zmian.

Brzuch duży.

Wątroba macalna.

Śledziona niemacalna.

Rokowanie 2.

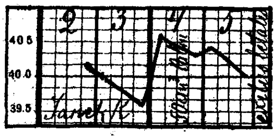
IV. t⁰ 40,6. Wysypka żywiej zabarwiona niż wczoraj, szczególniej intensywna na kończynach dolnych, gdzie spotykamy też pojedyńcze, różowo zabarwione grudki. Stopy ciepłe. Leży apatycznie. od czasu do czasu rzuca się. Oddech nie nasilony. Gruczoły pod szczęką lewą wielkości orzecha laskowego, pod szczęką prawą — bez zmian. Nalotów na migdałkach nie można dostrzec. L. t. 132, niezupełnie prawidłowe. Z nosa wydzielina śluzowo-ropna. Stan ogólny cięższy niż wczoraj. Tegoż dnia zastrzyknięto 50 cm.³ sur. P a l m.

V. t⁰ 40,3⁰. Wysypka bledsza, sinicowo zabarwiona, sinicowe zabarwienie wyraźnie występuje na omawianych wczoraj grudkach. Stopy ciepłe. Noc spędził niespokojnie. Gruczoły bez zmian. Tętno nieprawidłowe. Język suchy, lepkim nalotem pokryty, na migdałkach naloty. Nos zawalony obfitą wydzieliną śluzoworopną. W ciągu ubiegłej doby 5 wolnych stolców.

Zmarł VI-go d. choroby.

Wobec niewielkich zmian anatomicznych, przypadek ten należy zaliczyć do kategoryi toksycznej postaci płonicy. IV-go dnia zastrzyknięto 50 cm.³ sur. P a l m. VI-go dnia zejście śmiertelne.

Jan K.



XVI.

Stefanja W. l. 9. Nr. ks. głównej 25. Przyjęta do szpitala V-go d. choroby.

Przyjęta w stanie znacznego osłabienia, tegoż dnia zastrzyknięto 50 cm.³ sur. P a l m.

Stat. praes. IV.

Budowa wątła, odżywienie b. liche. t⁰. wczoraj 39,5⁰ dziś 37,5⁰. Skóra żółtaczkowo zabarwiona, blednącą, grubopunkcikowatą wysypką pokryta. Na rękach i dolnych częściach tułowia wysypka jest gęściejsza niż na innych częściach ciała. Na stopach ślady odmrożenia. Za uchem prawym ślad po ukąszeniu pijawki. W okolicy kostek sinawe plamki. (Purpura).

Kościec wogóle wątły, klatka piersiowa długa, wązka.

Gruczoły wszystkie wielkości grochu.

Wyraz twarzy cierpiący, na pół przytomna, płaczliwa, w nocy bredziła, spała niespokojnie. Mocz oddaje pod siebie. Narządy wzroku i słuchn bez zmian.

Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, język czysty (malinowy); na migdałkach naloty dyfteroidalne, mówi przez nos. Przy połykaniu wymiotuje.

Granice serca prawidłowe, tony miarowe, czyste, l. t. 138, miękkie.

Narządy oddechowe bez zmian.

Brzuch zaklęśnięty. Stolec zaparty.

Wątroba, śledziona niemacalne.

Białkomocz.

Rokowanie 3.

VII. Wczoraj wieczorem zastrzyknięto jeszcze 25 cm.³ sur. Palm. t⁰. 38,9⁰—38,3⁰ in recto. Cały dzień wczorajszy i dziś w nocy bredziła i zrywała się z łóżka. Przy próbach pojenia kilkakrotnie wymiotowała, rano wymiotowała samoistnie. Nieprzytomna. L. t. 140, miękkie. Wysypka blada powoli znika. Język czysty, w gardle niewielkie naloty. Tony serca głuche. Ogólny stan ciężki.

VIII. Wieczorem kąpiel 28⁰R. W nocy była spokojniejsza. Mocz oddaje pod siebie. Łaknienia i pragnienia brak. Wymioty ustały. L. t. 150, liche. Na twarzy wybitne łuszczenie, na tułowiu i kończynach początki łuszczenia. Na migdałkach naloty. Kończyny ciepłe. t⁰ 38⁰.

IX. t⁰ 37,5⁰ — 37,1⁰. Wieczorem zastrzyknięto ol. camphor. Nie bredzi, odpowiada przytomnie. nie robi pod siebie, płaczliwa. Pragnienie zjawiło się. Łuszczenie na całej powierzchni. Pokrzywka. Stopy zimne. Tętno liche, l. t 150. Mocz bez białka. Stan ogólny ciężki.

X. t⁰ 37,6—39,7o. L. t. 160, b. liche. Nie bredzi, względnie przytomna, nie wymiotuje, jęczy, mocz oddaje pod siebie. Oba stawy garstkowe i lewy łokciowy obrzmiałe, b. bolesne, skóra w tych miejscach zaczerwieniona. Język mało wilgotny. Tony serca nieczyste.

XI. t⁰ 39,5⁰—39,8⁰. L. t. 160, b. liche. Język suchy. Stawy bez zmian. Robi pod siebie. Około południa typ oddechowy Cheyn-Stockes'a, wieczorem zmarła.

V i VI zastrzyknięto 75 cm.³ sur. Palm. t⁰ do IX trzymała się przy 38⁰, IX i X podniosła się, VII i VIII niewielka poprawa sensorium (stosowane były zabiegi hydropatyczne), X zajęcie stawów. XI-go śmierć.

Stefanja W.



XXII.

Helenka C. 4 l. N. ks. głównej 49 (siostra Stasia i Maryni C. przypadki VIII i IX).

Przyjęta II-go d. choroby, tegoż dnia zastrzyknięto 50 cm.³ sur. Palm. t⁰ 39,2⁰. Stolce wolne.

III. to 39.5⁰ — 40,5⁰, l. t. 160. 4 wolne stolce.

Stat. praes. IV.

Budowa dobra, odżywienie średnie.

Skóra żółtaczkowo zabarwiona. Delikatna, blada wysypka na całym tułowiu, intensywniejsza po stronie wewnętrznej kończyn górnych. Po całem ciele rozsiane pojedyncze, drobne grudki, najgęściej i największe na kończynach dolnych. Wargi spieczone. Kościec drobny.

Gruczoły karkowe wielkości grochu, podszczękowe lewe — mały orzech laskowy, prawe — groch, pachowe i pachwinowe — groch, wszystkie wrażliwe na dotyk.

Senna, ale przytomna.

Język dosyć wilgotny, czysty, migdałki zaczerwienione, pokryte nalotami.

Granice serca prawidłowe, tony głuche, l. t. 160, miękkie.

Narząd oddechowy bez zmian.

Brzuch wzdęty, w ciągu ostatniej doby oddała 3 wolne, cuchnące stolce. Przy ucisku kruczenie w jelitach.

Wątroba i śledziona niemacalne.

Rokowanie 3.

V. t⁰ 40,6⁰—38,7⁰ (po kąpieli)—40,1⁰. Ogólny stan nikły. Pragnienie wzmożone. Łaknienia brak. Tętno 130. Wczorajsze grudki utrzymują się. Język czerwony, czysty. Ubytki tkanek na obu migdałkach.

VI. t⁰. 40,5⁰ — 39,5⁰. Tętno nieobliczalne. Gruczoły podszczękowe tworzą zbite, twarde nieruchome pakiety, wielkości małego jabłka. Twarz woskowa. Na tułowiu grubopunkcikowata, sinawo zabarwiona, gęsta wysypka, na plecach nieliczne, sinawo zabarwione, większe plamki. Sinawo zabarwione grudki utrzymują się. Nos założony skrzepłą wydzieliną śluzowo ropną. Wargi suche, pękające, język suchy, lepkim nalotem pokryty; migdałki powiększone. Kończyny chłodne. W ciągu doby oddała 2 wolne stolce.

VII. t⁰. 39,9⁰ — 38,5⁰ (kąpiele i zawijanie). L. t. 150, drobne. Białkomocz. Stopy chłodne. Gruczoły podszczękowe tworzą po obu stronach 2 zbite guzy wielkości jabłek, twarde jak deska, bolesne, nieruchome, (facies Caesarea). Język nieco wilgotny. Grudki na skórze mniej wyraźne. Senna. Przy połykaniu część płynu wylewa się p. nos. W moczu białko, wałeczki, ciałka ropne, nabłonki nerkowe.

VIII. t⁰ 38,5 (zawijanie) 39.4⁰ — 38,8⁰, (kąpiel i zawijanie). Oba guzy podszczękowe zlały się w jeden wielki obrzęk, ciągnący się od ucha do ucha. Chora względnie przytomna. Oddech chrapiący. Źrenice nieznacznie rozszerzone. Wargi pokryte szarym nalotem. Migdałki oczyszczają się. Stan ogólny ciężki.

Zmarła tegoż dnia wieczorem.

Helenka C.



II-go dnia zastrzyknięto 50 cm.³ surowicy P a l m. Stan chorej pogarszał się, w bardzo szybkim tempie, poczynając od V-go dnia. VI-go dnia gruczoły powiększone znacznie, tegoż dnia białkomocz. VIII-go d. objawy zapalenia nerek. VIII śmierć. Przez cały czas t⁰. wysoka, ustępująca tylko pod wpływem energicznych zabiegów hydropatycznych.

XVIII.

Genio G. 3 l. N. ks. głównej 43. Przyjęty IV-go d. choroby, bez nalotu w gardle, tegoż dnia zastrzyknięto 25 cm.³ sur. P a l m.

Stat. praes. V.

Budowa i odżywienie b. dobre. t⁰. 40,3⁰ dziś 39,6⁰. Na tułowiu blada, średnio punkcikowata wysypka, kończyny wolne od wysypki. Nogi chłodnawe.

Kościec prawidłowy.

Gruczoły szyjowe i podszczękowe — *fasola*, podpachowe i pachwinowe—*groch*, wszystkie wrażliwe na dotyk.

Przytomny.

Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, rozpulchniona, język wilgotny, obłożony, oczyszcza się po brzegach, *migdałki powiększone, zaczerwienione, bez nalotów. Nos wolny.*

Granice serca prawidłowe, tony czyste; l. t. 145. Granice płuc prawidłowe, rzężeń niema, lekki kaszel.

Brzuch miernie wzdęty, stolec zaparty. Wątroba, śledziona niemacalne.

Mocz bez białka.

Rokowanie 2.

VI. Senny. t⁰ 40,8⁰ — 40,3⁰. Wysypka rozszerzyła się na kończyny dolne. Gruczoły podszczękowe *wielkości orzechów laskowych.* Język wilgotny, oczyszcza się coraz bardziej, migdałki *bez nalotów.* L. t. 150. Stolec zaparty. Tegoż dnia zastrzyknięto 25 cm.³ sur. P a l m.

VII. t⁰ 40,8⁰ — 40,2⁰. Na całej powierzchni wielopostaciowa, miejscami zlewająca się, bardzo intensywna wysypka. Gruczoły bez zmian. Język wilgotny, prawie zupełnie czysty. *Na migdałkach naloty.* L. t. 144. Senny, lecz przytomny. Mocz oddaje pod siebie. Sam woła pić. 1 stolec po wlewaniu jelitowym.

VIII. t⁰ 40,3⁰ — 40,1⁰. L. t. 144. *Senny. Od czasu do czasu zrywa się z krzykiem.* Pragnienie wzmożone. Gruczoły *podszczękowe po obu stronach wielkości orzechów laskowych.* Na migdałkach brudnoszaro zielonkawe naloty, drążące w tkankę migdałków, pod drobnowidem same kokki. Mocz bez białka.

IX. t° 40,4° — 40°. Bardzo senny. W nocy był niespokojny. Gruczoły bez zmian. Na migd. brudno-zielonkawe naloty. Język wilgotny, obłożony. Z ust mdły zapach. *Z nosa wysięk śluzowo-ropny.* Mocz oddaje pod siebie. *Stan ogólny ciężki.*

X. t° 40,8° — 39,5° — 40,2°. Na kończynach dolnych wielopostaciowe grudki; na twarzy, szyi i kończynach dolnych łuszczenie. Gruczoły podszczękowe prawe tworzą wielki, twardy pakiet *wielkości orzecha włoskiego*, lewe — orzecha laskowego, podpachowe lewe — fasola, prawe — groch, pachwinowe — groch. Język wilgotny. Źrenice rozszerzone prawie do maximum, na światło nie reagują.

XI. t° 40,2° — 38,1° (po kąpieli). Stopy chłodne, bredzi, robi pod siebie. Wysypka znika. W okolicy kości krzyżowej na plecach i na głowie łuszczenie. Na łokciach i nad krętażami skóra ceglasto czerwona. Język suchy, na migdałkach naloty. Z nosa wydzielina śluzowo-ropna. Źrenice rozszerzone. Tętno liche, niemiarowe. L. t. 120. L. o. 70. Ogólny stan ciężki.

XII. t° 41,0° — 39,8°. Senny, niespokojny. Kończyny chłodne. *Ceglaste zabarwienie w okolicy stawów utrzymuje się.* Gruczoły podszczękowe pr. twardy pakiet wielkości orzecha włoskiego, lewe— jajo gołębie. Źrenice ciągle rozszerzone. Tętno niemiarowe. Mocz i stolec oddaje pod siebie. L. t. 140. L. o. 66.

XIII. t° 40,6° — 39,5°. L. t. 120 niemiarowe. L. o. 60. Senny, niespokojny. Osłabiony, tak, że przelewa się przez ręce. Język wilgotny, cuchnienie z ust. Gardło nalotami pokryte. Sam woła pić. Stolce i mocz oddaje pod siebie.

XIV. t° 41,0° — 39,5°. L. t. 150. L. o. 40. Przytomniejszy, odpowiada na pytania. Pokasłuje. Gruczoły podszczękowe lewe — jajo gołębie, prawe — nieco mniejsze. Uszy wolne. Z nosa wydzielina. Pokasłuje. Suche rzężenia. Mocz i stolce oddaje pod siebie.

XV. t°. 39,4° — 38,8°. Stan ogólny lepszy. Przytomny. Interesuje się otoczeniem. Apetyt lepszy, pragnienie wzmożone. Czerwone plamy na łokciach bledsze. Mówi przez nos. Naloty na migdałkach utrzymują się.

XVI. t° 39,7° — 39,5°. L. t. 120. L. o. 55. Mocz bez białka. Na łokciach w okolicy krętaża pr. i kolana prawego tworzą się ograniczone *owrzodzenia* podobne do odleżyn. Ogólny stan niezły.

XVII. t° 40,5° — 39,8°. *Ropotok z pr. ucha.*

XVIII. t° 39,5° — 40,3° — 38,1°. Na obu łokciach w miejscach poprzedniego zaczerwienienia powstały w skórze dosyć duże nacieki, przypominające częściowo różę, częściowo wrzodziankę (furunculus). Na łokciu pr. na szczycie nacieku znajduje się niewielki *otwór* z którego wydobywa się w skąpej ilosci ciecz podobna do ropy. W okolicy drugiego stawu paluszkowo-garstkowego i w okolicy prawego stawu kolanowego zaczerwieniony *naciek* w skórze, przypominający obserwowane przed kilku dniami ognisko, w okolicy stawów łokciowych. Stan ogólny lepszy nieco.

XIX. t° 38,1° — 41,0°—46,4°. W nocy bredził. Obecnie przytomny. Kaprysi. Źrenice małe. Na całej powierzchni skóry drobne łuszczenie. Gruczoły podszczękowe po obu stronach wielkości orzechów laskowych, pozostałe bez zmian. Na łokciu lewym powstał również niewielki nekrotyczny ubytek tkanki. Naciek w okolicy drugiego palca ręki lewej powiększa się. L. t. 156. Tony nie zupełnie czyste. Język dosyć wilgotny. Gardło oczyszcza się dobrze. Przy połykaniu część płynów wydziela się przez nos.

XX. 38,9° — 41,1° — 39,2°. L. t. 144. Przytomny, *bawi się.* Na łokciach na miejscach znekrotyzowanych ubytki przypominające otwory powybijane okrągłem narzędziem, takież ubytki powstają na kolanie prawym. Obie stopy obrzękłe, chłodne, wrażliwe na dotyk. Język wilgotny.

XXI. t° 38,9° — 40,5°—40,3°. Stan ogólny znacznie gorszy niż wczoraj. Leży *bezwładnie*, apatyczny, podczas gdy dotąd ciągle czegoś żądał i dosyć żywo interesował się otoczeniem. Twarz blada, nie ożywiona. Po całej skórze za wyjątkiem pleców i brzucha ceglaste plamki, wielkości od ziarnka soczewicy do czworaka, barwy ceglastej lekko wystające nad powierzchnią, wykwit ten z pewną predylekcyą grupuje się dokoła stawów. Śledziona macalna, wątroba niemacalna, twarda. Prawa granica serca dochodzi do środka mostka. W płucach większa ilość suchych i wilgotnych rzężeń.

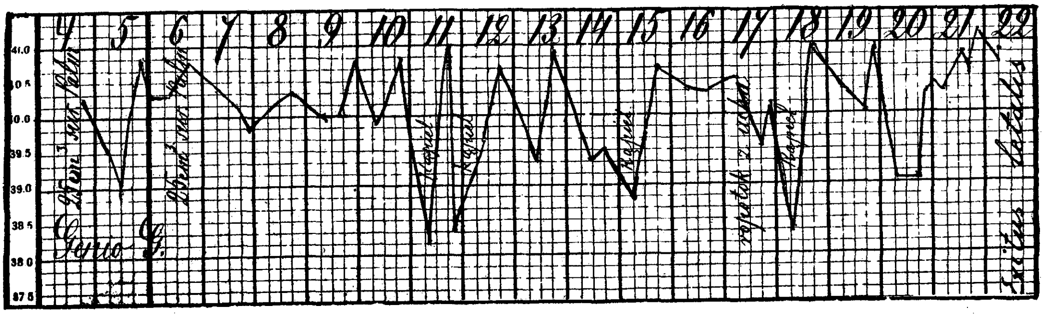
XXII. t° 40,8° — 40,1°. Stan ogólny b. ciężki. Leży bezwładnie, nie broni się, co dotąd zawsze czynił. Przytomność zachowana. Wczoraj obserwowana purpura, dziś wybitnie sinawo zabarwio-

na. Oba stawy łokciowe nadgarstkowy prawy, oba kolanowe, ręka lewa i obie stopy obrzmiałe. Tętno szybkie nie dające się policzyć. Oddech przyspieszony. Głos matowy.

Zmarł tegoż dnia wieczorem.

Dla porównania przytaczamy wyciągi z historyi chorób kilku przypadków nie leczonych surowicą.

Genio G.



XIX.

Konstanty P. lat 6. N⁰ księgi gł. 217 Przyjęty do szpitala II d. choroby.

Tego dnia wieczorna t⁰ in recto 38.8.

St. praes III-go.

Budowa, odżywienie dobre. t⁰ 37,1, skóra lekko żółtaczkowo zabarwiona, równomiernie rozsianą, blednącą wysypką pokryta.

Kościec prawidłowy.

Wszystkie dostępne badaniu, gruczoły wielkości grochu, niebolesne.

Sensorium wolne, bawi się dobrze, narządy wzroku i słuchu bez zmian.

Język obłożony, z boków oczyszcza się, na migdałkach nieznaczne naloty.

Tony serca czyste.

Pozostałe narządy bez zmian.

Rokowanie 1.

IV. t⁰ normalna, tętno dobre, język oczyszcza się, naloty na migdałkach utrzymują się. Na twarzy rozpoczyna się łuszczenie.

Dalszy przebieg bezgorączkowy i, prócz niewielkiego ropotoku z ucha w XXXV dniu choroby, bez powikłań.

W przypadku powyższym od początku lekkim, bez wszelkiego leczenia, t⁰ spadła do normy już w III dniu choroby. Podkreślamy ten fakt z tego względu, że w razie zastrzyknięcia surowicy spadek t⁰ następnego dnia zazwyczaj jesteśmy skłoni zipisywać na rachunek skutecznego działania surowicy.

Również lekko przebiegających przypadków płonicy mieliśmy w okresie sprawozdawczym kilka.

XX.

Mundzio W. lat 8. N. ks. głównej 210.

Przyjęty do szpitala III d. choroby.

Tego dnia t⁰ wieczorna 40,5⁰ w odbytnicy.

St. praes. IV d. choroby.

Budowa drobna, odżywienie mierne. Waga 15.65 kg.

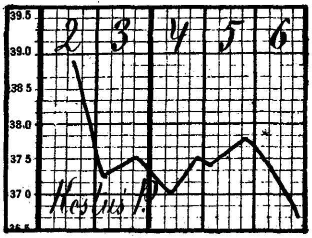
T⁰ 39,2, na całej powierzchni delikatna średniopunkcikowata wysypka szkarlatynowa, żywiej zabarwiona na kończynach. Na stopach odcień sinicowy.

Kościec wątły.

Gruczoły podszczękowe lewe—orzechy laskowe, szyjowe boczne i podszczękowe prawe — fasola, pozostałe—groch.

Przytomny, lecz senny, w nocy bredził cokolwiek.

Konstanty P.



Z nosa nieznaczna wydzielina śluzowo-ropna. Język czysty, wilgotny, brodawki językowe obrzmiałe. Na migdałkach niewielkie naloty.

Tony serca nieczyste. L. t. 138. Granice serca prawidłowe.

Pozostałe narządy bez zmian.

Stolec zaparty.

Rokowanie 1—2.

V. t⁰ prawidłowa. Wysypka blednie. Gardło czyste.

VII. t⁰ prawidłowa, na twarzy łuszczenie. Gruczoły podszczękowe lewe — fasola, prawe — groch. Gardło czyste.

XII. na pierwszym tonie wyraźny szmer. Tętno dosyć słabe.

XIII. Tętno nieregularne, tony nieczyste. Waga 16 kg. Ilość moczu 350 cm.^{3} c. g. 1013.

XV. Ilośc moczu 350 cm.^{3} c. g. 1013.

XVII. Ilość moczu 50 cm.^{3} w osadzie wałeczki, ciałka ropne i czerwone, nabłonki nerkowe. Białkomocz $^1/_4$‰. Waga 17,15 kg.

XIX. Prawa granica serca przekracza cokolwiek linię środkową. Tony serca niemiarowe, nie zupełnie czyste. Białkomocz $^1/_2$‰, ilość moczu 300 cm.^{3}, c. g. 1013. W osadzie wałeczki i nabłonki. Waga 17,55 kg.

XXVII. Mocz normalny.

XXX. Prawa granica serca na palec poprzeczny przekracza linię środkową, uderzenie serca miarowe, tony prawie zupełnie czyste.

Wypisany LIV d. choroby w stanie zupełnego zdrowia.

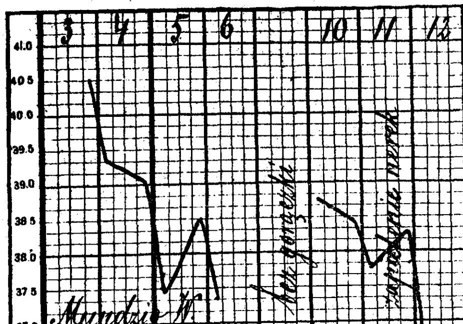
Przypadek ten należy zaliczyć do lekkich i w swoim rodzaju typowych, t⁰. samoistnie spadła do normy VI d. choroby.

XVII zapalenie nerek o przebiegu wogóle lekkim.

Poczynając od XII objawy niedomogi mięśnia sercowego, dającego się obserwować jeszcze XXX d. choroby.

W półroczu sprawozdawczem wypadków takich mieliśmy kilka, i powyższy podajemy jako typowy.

Mundzio W.



XXI.

Helenka K. l. 5. Nr. księgi głównej 271. Przyjęta do szpitala II d. choroby. Tegoż dnia t⁰ 37,8.

Status praes. III d.

Budowa, odżywienie b. dobre, t⁰ 40,2. Na całej powierzchni żywa, drobnopunkcikowata, na kończynach nieco intesywniejsza wysypka szkarlatynowa. Na tułowiu i kończynach dolnych pojedyńcze różowo zabarwione grudki. Stopy lekko sinicowo zabarwione, ciepłe.

Szkielet mocny.

Gruczoły podszczękowe prawe i lewe — orzechy laskowe, twarde, bolesne podpachowe — groch, tkliwe, pachwinowe — drobny groszek.

Sensorium wolne, rozmawia przytomnie. Spojówki nastrzyknięte.

Język obłożony. Wybitne enanthema. Na migdałkach *lekkie naloty.* Nos wolny. Nieznaczne cuchnienie z ust.

L. t. 144. Tony serca czyste, granice normalne.

Inne narządy bez zmian.

Stolce prawidłowe, białkomocz.

Wobec wolnego sensorium, miernej budowy i dobrego odżywienia postawione zostało rokowanie 2.

IV. to 40,4⁰ — 40⁰. L. t. 132. Białkomocz, 1 stały stolec. W nocy bredziła. Wysypka dziś intensywniejsza i ilość grudek większa, niż wczoraj. Na goleniach i stopach wysypka ma odcień bardziej sinicowy. Gruczoły bez zmian. Język malinowy. Gardło bez zmian. Śledziona niemacalna. Ogólny stan lepszy niż wczoraj.

V. t⁰ 40,5⁰ — 40,3⁰, l. t. 150, białkomocz, dwa wolne stolce. Noc spędziła niespokojnie. Nie bredziła. Dziś senna. Nie oddziaływa tak żywo i przytomnie jak wczoraj. Oddech chrapiący. Połykanie sprawia jej widoczny ból. Wysypka ogólnie bledsza, natomiast na kończynach coraz bardziej sinicowa. Gruczoły podszczękowe nieco większe, niż wczoraj kaszle i wykrztusza sporo. Spojówki nastrzyknięte.

VI. t⁰ 40,4⁰ — 39,9⁰, l. t. 150, dwubitne, białkomocz $^1/_4$‰, w osadzie wałeczki ziarniste, nabłonki nerkowe, 3 wolne stolce pod siebie. Bredzi we dnie i w nocy, na pytania jednak odpowiada przytomnie. Oddech połączony z chrapaniem. Stopy przykurczone w ustawieniu pedis equini. Ręce w łokciach przykurczone. Gruczoły podszczękowe lewe w głębi wielkości orzecha włoskiego, prawe — orzecha laskowego, bolesne. Śledziona niemacalna. Naloty na migdałkach nie powiększają się. Ogólny stan ciężki.

VII. t⁰ 40,5⁰ — 40,6⁰, l. t. 150, dwubitne. Wczoraj wymiotował jeden raz.

4 wolne stolce pod siebie, białkomocz, na pytania odpowiada stłumionym głosem przytomnie, lecz nie chętnie. Oddech z chrapaniem. Stopy chłodne. Łuszczy się. Gruczoły podszczękowe lewe wielkości jaja kurzego, pr. — orzecha włoskiego, twarde, przesuwalne, bardzo bolesne. Stan ogólny b. ciężki.

IX. t° 39,4° — 40,4°, l. t. 154. Napół przytomna. Sinawe plamki na skórze utrzymują się. Na migdałkach ubytki tkanki i nalot mniej wybitnie wyraźny. Cuchnienie z ust. Z obu stron szyi pod i za uszami ciastowaty obrzęk gruczołów bez widocznych konturów. Gruczoły podszczękowe jak wczoraj.

XV. t° 39,4°. Sinawe plamki rozrzucone po całej skórze, szczególnie w okolicy stawów kolanowych, na pośladkach, w dolnych częściach brzucha i na kończynach górnych. Twarz obrzękła — szyja gruba (facies Caesarea). Po stronie lewej wyraźne chełbotanie. Pod kątem szczęki pr. guz wielkości jabłka, twardy. „Zajady" w kącikach ust. Język wilgotny. Po całej powierzchni bł. śluzowej jamy ustnej drobne owrzodzenia pokryte białymi nalotami. Foetor ex ore.

XVI. t° 40°. Tętno nieregularne l. t. 140. Mówi niewyraźnie, lecz przytomnie. Ogólny obrzęk. W ciągu ubiegłej doby 4 wolne stolce, z nich 2 pod siebie. W okolicy większych stawów skóra napięta, lśniąca, ceglastej barwy. Wyraźnych nacieków niema. Na szczycie lewego stawu łokciowego, po stronie rozginaczy, niewielki ubytek skóry. Obrzęk z obu stron szyi powiększa się. Guzy podszczękowe z obu stron dążą do zlania się w jeden wielki obrzęk. Oba guzy dochodzą wielkości średniej pięści. W 2 miejscach po stronie lewej chełbotanie. Śledziona macalna. Brzeg wątroby na 3 palce poprzeczne niżej łuku. Tony serca głuche. Język, jama ustna bez zmian.

XIX. t° 40,2° — 39,7°, l. t. 150 dwubitne. W nocy bredziła, krzyczała, zrywała się. Stopy sine, obrzękłe. Gruczoły pachowe i pachwinowe bardzo bolesne, wielkości fasoli. Język wilgotny.

XX. W nocy bredziła. t° 39,5°. Z lewego ucha ropotok. Język wilgotny. Gardło oczyszcza się. Stolec oddaje pod siebie.

XXI. t° 40,5° l. t. 156, dwubitne. Noc spędziła niespokojnie. Od wczorajszego wieczoru stan ogólny pogorszył się znacznie. W ciągu ubiegłej doby oddała 4 wolne stolce, z tych 2 krwawe. Oddech nasilony z udziałem nozdrzy. Chwilami oddech przerywa się. Nieprzytomna. Popołudniu tegoż dnia oddała jeszcze 3 wolne krwawe stolce. Zmarła wieczorem.

III. d. przytomna, gruczoły podszczękowe wielkości orzechów laskowych. Wśród zwykłej wysypki szkarlatynowej pojedyńcze grudki. Naloty niewielkie. Białkomocz.

IV. Bredzenie w nocy. Ogólny stan nie pogorszył się.

V. Bredzenie. Objawy zapalenia nerek.

VI. Obrzęk gruczołów powiększa się.

VII. Wymioty. Rozwolnienie. Objawy niedomogi serca (stopy chłodne) gruczoły podszczękowe wielkości jaja kurzego.

IX. Obrzęk głębokich gruczołów szyjowych.

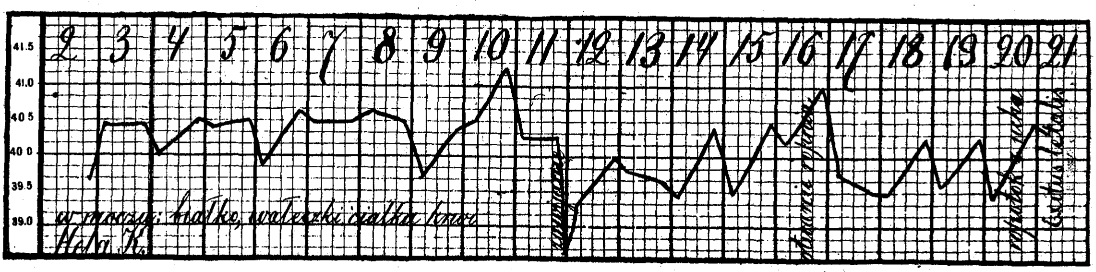
Od XVI dnia poczynając bardzo wybitne objawy zakażenia ogólnego.

XXI. Krwawe stolce. Zejście śmiertelne.

T° przez cały czas wysoka.

Przytaczamy ten przypadek jako przykład ciężkiej szkarlatyny z zejściem śmiertelnem. III dnia można było postawić rokowanie 2, którego dalszy przebieg nie potwierdził. W całości przypadek ten przypominał nam bardzo przy-

Helenka K.



toczony wyżej przypadek XVIII (Genio G.) leczony surowicą. W obu przypadkach ogólny stan chorych (budowa, sensorium, stan gruczołów) pozwalały na postawienie rokowania 2. Dalszy przebieg w obu przypadkach pod wieloma względami był analogiczny i zakończył się śmiercią.

Zgrupujmy w krótkości wyniki otrzymane w każdym przypadku.

1) Józio H. 10 lat rokowanie 2. III-go dnia chor. zastrzyknięto 50 cm.^{3} sur. cały przebieg lekki, ciepłota, jak to widać na załączonej krzywej jeszcze przed zastrzyknięciem surowicy zdradzała dążność do spadku. Spadek ciepłoty do normy VI-go dnia choroby.

2) Henryk B. 11 lat, rokowanie 1—2 III-go dnia choroby zastrzyknięto 50 cm.^{3} sur. cały przebieg należy zaliczyć do lekkich, ciepłota spada do normy dopiero VII-go dnia choroby. Na uwagę zasługuje obrzęk gruczołów pachwinowych po stronie zastrzyknięcia (lewe udo).

3) Janina G. 7 lat, rokowanie 1—2. II-go dnia chor. zastrzyknięto 50 cm.^{3} sur. Przebieg od początku lekki. Od VII do XI dnia chor. tętno niemiarowe. Pokrzywka. Lekkie zajęcie nerek. Ciepłota spadła do normy IV-go dnia choroby.

4) Janek W. lat 11, rokowanie 3. IV dnia choroby zastrzyknięto 50 cm.^{3} sur. Spadek ciepłoty do normy VIII dnia choroby czyli w 4 dni po zastrzyknięciu przy jednoczesnych energicznych zabiegach hydropatycznych. Poprawa sensorium VI dn. choroby czyli w 2 dni po zastrzyknięciu. Pokrzywka VIII dnia. Lekkie zapalenie nerek w końcu 2-go tygodnia.

5) Anna S. 8 lat, rokowanie 2. III-go dnia chor. zastrzyknięto 50 cm.^{3} sur. IV dnia 50 cm.^{3} sur. Ciepłota spadała powoli, dopiero VIII dn. doszła do normy i znowu podniosła się skutkiem wystąpienia pokrzywki. Wybitniejszego wpływu surowicy na sensorium nie zauważyliśmy, do VIII dn. ciągle była senna. VI dn. choroby wystąpiły na migdałkach naloty, których nie było III dnia. Obrzęk gruczołów bocznych szyjowych VIII dn., czyli w 5 dni po zastrzyknięciu (przy przyjęciu gruczoły wielkości grochu VIII dnia pakiet gruczołów wielkości małego jaja kurzego). Przemijający białkomocz.

6). Franciszka D. 11 lat rokowanie 2. IV dnia choroby zastrzyknięto 50 cm.^{3} sur. Ciepłota spadała stopniowo, do normy VIII dnia. Gardło oczyściło się z nalotów XII dn. VI i VII dn. obfite poty. XII d. pokrzywka i zapalenie nerek z względnie lekkim przebiegiem.

7) Zosia W. 5 lat, rokowanie 2. III dn. chor. zastrzyknięto 25 cm.^{3} sur. Ciepłota spadła do normy VIII dn. (naloty na migdałkach). W trzecim tygodniu zapalenie nerek o średniem natężeniu.

8. Staś C. 9 lat rokowanie 2. II dn. choroby zastrzyknięto 50 cm.^{3} sur. Ciepłota spadła do normy XII dnia choroby, poczem się znowu podniosła (zapalenie nerek) spadła XX. Gruczoły IV dn. powiększone. Obrzęk gruczołów pachwinowych po stronie zastrzyknięcia. Pokrzywka od VI do XIV. W trzecim tygodniu zapalenie nerek do 7-go tygodnia.

9) Marynia C. 6 lat, rokowanie 3. VIII dn. choroby zastrzyknięto 50 cm.^{3} sur. Naloty na migdałkach. IX dn. jeszcze 50 cm.^{3} sur. Stan ogólny dopiero XI dnia nieco lepszy. Ciepłota wysoka utrzymuje się do XXXVI dn. choroby. W końcu 2 tygodnia zapalenie ucha środkowego. Gruczoły przy przyjęciu karkowe boczne prawe — duży groch, lewe — orzech laskowy, XIII dnia gruczoły karkowe prawe tworzą za uchem duży twardy pakiet wielkości jaja kurzego. Zropienie gruczołów tych XIX dn. chor. XXVIII dnia choroby pokrzywka i obrzęk gruczołów. Cały przebieg bardzo ciężki. Zapalenie nerek w końcu 2-go tygodnia.

10) Marynia B. lat 4, rokowanie 3. III dnia choroby zastrzyknięto 50 cm.^{3} sur. Pomimo stosowanych kilka razy dziennie kąpieli ciepłota spada schodkami do VII dn. choroby, następnie podnosi się i stan gorączkowy trwa do XXXV dn. choroby. Gruczoły podszczękowe zaczynają się powiększać VII dn. chor. Zropiały XV dnia chor. Zapalenie ucha środkowego. XXIX dn. chor. Lekkie zapalenie nerek. Pokrzywka.

11) Mateuszek Z. lat 4, rokowanie 2. IV, V, VI, VII dn. choroby po 25 cm.^{3} sur., razem 100 cm.^{3}. Normalna ciepłota dopiero XXXII-go dn. chor. Sensorium VIII dn. dopiero lepsze, stan ogólny ciężki. Zapalenie ucha środkowego XVII dnia choroby. Od trzeciego tygodnia przez 7 tygodni zapalenie nerek. Kilkakrotne nawroty powiększenia gruczołów w późnym okresie, które należy uważać jako odczyn na surowicę (Serumkrankheit).

12) Genowefa P. 2 lata, rokowanie 4. V-go dnia choroby zastrzyknięto rano 25 cm.^{3} sur. Zgon o 4-ej po południu tegoż dnia.

13) Stanisław Z. 3 lata, rokowanie 3—4. III dnia choroby zastrzyknięto o 11½ w poł. 45 cm.³ sur., o 1½ w nocy tegoż dnia zgon.

14) Regina K. 3 l., rokowanie *3—4*. III-go dnia choroby 40 cm.³ sur. Deskowaty obszerny obrzęk okolicy bocznej lewej szyi. Wysypka sinicowata. Stan pogarszał się stale. Zgon VI-go dnia choroby.

15) Janek K. 1 r. 9 mies., rokowanie 2. II dn. choroby przyjęty. Surowicy 50 cm.³ zastrzyknięto dopiero IV dnia. wobec pogorszenia się stanu ogolnego, bez zmian miejscowych. Zmarł VI dnia choroby.

16) Stefanja W. lat 9, rokowanie 3. V-go dn. chor. zastrzyknięto 50 cm.³ surowicy. VI-go 25 cm.³. Sensorium zajęte, na migdałkach naloty. Ciepłota nie spadała, a nawet krzywa podskoczyła IX i X dn. choroby. VIII dnia niewielka poprawa sensorium (stosowano kąpiele i zawijania). X dnia zajęcia stawów, XI dnia śmierć.

17) Helenka C. 4 lata, rokowanie 3. II dnia chor. zastrzyknięto 50 cm.³ sur. Stan chorej pogarszał się w bardzo szybkiem tempie, poczynając od V-go dnia. VI dnia gruczoły znacznie powiększone tegoż dnia białkomocz. VII stwierdzono elementy morfologiczne w osadzie z moczu, VIII śmierć. Przez cały czas ciepłota wysoka, spadki chwilowe tylko pod wpływem energicznych zabiegów hydropatycznych.

18) Genio G. 3 l., rokowanie 2. Migdałki bez nalotów IV-go d. ch. zastrzyknięto 25 cm.³ sur. VI d. 25 cm.³. VII dn. naloty na migdałkach. Sensorium zajęte VIII dnia powiększenie gruczołów podszczękowych, XI ceglaste zabarwienie skóry w okolicy stawów, XV dnia stan ogólny lepszy t⁰ cały czas koło 40⁰. Na łokciach i koło krętarzy w miejscach, gdzie było ceglaste zabarwienie tworzą się ograniczone owrzodzenia. XVII ropotok z ucha. XVIII takież owrzodzenia koło stawów kolanowych. XXI stan ogólny znacznie gorszy. Okrągłe ubytki tkanki przypominające jakby otwory powybijane okrągłem narzędziem w okolicy stawów. Ceglaste plamy na całej powierzchni skóry, szczególniej koło stawów. Ciepłota cały czas powyżej 40⁰. XXII śmierć.

Podany przez nas materyał jest jeszcze za mały, abyśmy mogli zbijać wyniki ogłoszone przez innych lub je kategorycznie potwierdzać. Poprzestaniemy więc na zaznaczeniu wybitniejszych różnic, jakie się uwydatniają przez porównanie z wynikami innych autorów. **Palmirski i Żebrowski** w pracy p. t. „O płonicy pod względem bakteryologicznym i o surowicy przeciwpłoniczej“ podają rys działania surowicy, opierając się głównie na na 133 przypadkach, spostrzeganych w Warszawskim szpitalu dla dzieci przez **Malinowskiego**. Autorowie zaznaczają wybitny wpływ na spadek ciepłoty, przytaczają nawet krzywą ciepłoty ze spadkiem 3,6⁰ na drugi dzień po zastrzyknięciu surowicy, zaznaczając, że „liczbę przypadków w ten sposób przebiegającej płonicy u dzieci leczonych surowicą mają dość sporą, lecz nie wszystkie“. Jak widać z krzywych ciepłoty w naszych przypadkach nie mieliśmy ani razu takiego spadku ciepłoty, ciepłota obniżała się powoli, schodkami, jak i w przypadkach nieleczonych surowicą, większość przypadków wykazywała podniesioną ciepłotę daleko poza przeciętny termin spadku ciepłoty w przebiegu lekkiej płonicy, nawet gdy surowica wstrzykiwana była wcześnie, przed zjawieniem się powikłań. Ciepłota spadła w *3* przyp. w V, VI, VII dniu, w *4* w VIII dniu, w *4* po XXII dniach, w *7* zakończonych śmiercią nie spadała wcale pomimo stosowanych stale zabiegów hydropatycznych. **Palmirski i Żebrowski** mówią: „W takich przypadkach, w których oprócz gorączki i wysypki mamy do czynienia tylko z zapaleniem nieżytowem gardzieli, surowica może wywołać zdumiewające działanie“. W naszych przypadkach nie mogliśmy zauważyć takiego działania, co było tem dziwniejsze, że jeden z nas (J. B.) opisując w r, 1904, 5 przypadków spostrzeganych w Warszawie, w paru takie właśnie zdumiewające działanie spostrzegał. Czemu to przypisać w naszej seryi? Czy charakterowi epidemii, czy różnicy w surowicy, nie podejmiemy się rozstrzygać stanowczo, stwierdzamy fakt; dla objaśnienia dodać tylko musimy, że w przypadkach nieleczonych surowicą spostrzegaliśmy niekiedy dość strome spadki ciepłoty we wczesnym okresie, zachodzi więc pytanie, czy surowica, gdyby była zastrzyknięta w takich przypadkach, nie dawałaby właśnie takiego spadku i poprawy stanu ogólnego, które w mniejszym stopniu wystąpiły i bez surowicy.

Wypowiadając to przypuszczenie, opieramy się na faktach spostrzeganych, kwestya jednak musi jeszcze pozostać otwartą. Nie spostrzegaliśmy też tak wybitnego działania na stan ogólny, system nerwowy, jak zaznaczają powyżsi

autorowie, sensorium poprawiało się stopniowo, niekiedy jak widać, z opisów, w kilka i więcej dni po zastrzyknięciu surowicy. Na 133 przypadki autorów gruczoły zropiały w 15, co stanowi 11,3%, w naszej seryi na 18 w 2 t. j. w 11,1%. Zapaleń ucha środkowego spostrzegano na 133 w 22 t. j. w 15,7%, w naszej seryi na 18 w 3 t. j. w 16,6%. Jak widzimy cyfry bardzo zbliżone. Podnieść jednak należy, że w naszych przypadkach nieleczonych surowicą mieliśmy te powikłania w 18,3% przypadków, co znowu nie stanowi wielkiej różnicy między leczonymi i nieleczonymi surowicą przypadkami.

Autorowie nie przypisują jednak wielkiego znaczenia faktowi niezapobiegania tym powikłaniom przez surowicę, zdaniem ich bowiem, sprawom zapalnym gruczołów podszczękowych i ucha środkowego, jako blizkim wrót przedostawania

Dzień przyjęcia do szpitala.	ROKOWANIE I	II	III	IV	Ilość przypadków.	Ilość zgonów.	% zgonów.	POWIKŁANIA Otit. med.	Zropienie gruczołów.	Zapalenie nerek.	Zajęcie stawów.	Błonica.	Krztusiec.	Ospa wietrzna.	Oparzenie.
II	2	2	1		5	3	60	1	1	2		1	1	1	
III	2	4		1	7	1	14,3	3	2	7	1	1			
IV		1		1	2	2	100								
V	1	2	1	1	5	2	40								
VII		1	2		3	—	0		1	1					1
Ogółem:	5	10	4	3	22	8	36,3	4	4	10	1	2	1	1	1
								(18,3%)	(45,4%)						

się zarazka do ustroju (gardziel, migdałki), surowica zapobiedz nie jest w stanie, tembardziej, że a priori nie możemy wyłączyć, czy zarazek nie dostał się już do gruczołów i ucha środkowego przed zastrzyknięciem surowicy, pomimo braku objawów miejscowych. Sami autorowie podają ten ewentualny utajony okres na 3—4 dni, otóż w naszych przypadkach spostrzegaliśmy, jak to widać z opisu nader często późne zajęcia gruczołów, czyli można stawiać surowicy zarzut, że nie zdołała temu zapobiedz, jeżeli się stoi na gruncie jej specyficzności, jak to właśnie czynią autorowie. Pomijamy już fakt, że można, stojąc na gruncie specyficzności surowicy, wymagać nawet poprawy już istniejącego stanu zapalnego w gruczołach, jak to widzimy w działaniu surowicy przeciwbłoniczej. I tu więc działanie surowicy musi jeszcze pozostać w najlepszym razie kwestyą otwartą. Ropotok z ucha zjawiał się równiez niekiedy późno, w końcu drugiego tygodnia, 17-go dnia choroby, 29-go dnia choroby i t. d.

Daleko ważniejsze stanowisko przy ocenie działania surowicy zajmuje kwestya powikłań nerkowych.

Wspomniani autorowie przyznają sami, iż zapalenia nerek należą do powikłań późniejszych i dla tego też surowica może, jezeli nie zapobiedz, to przynajmniej zmniejszyć ich częstość. „Specyficzne działanie naszej surowicy w tym kierunku zaznacza się bardzo jaskrawo“ mówią antorowie ci, z 133 przypadków ciężkich lub bardzo ciężkich leczonych surowicą, zapalenie nerek wystąpiło zaledwie w 3%. W naszej seryi mieliśmy na 18 przypadków zapalenia nerek w 8 czyli w 44,4%. Różnica jest nadto rażąca, by się natrętnie nie nasuwało przypuszczenie, stwierdzone zresztą doświadczeniem wielu autorów, że tu główną rolę odgrywa charakter epidemii, wnioski można więc wyciągać dopiero po spostrzeganiu kilku epidemii. Ważnym momentem jest tu porównanie pod względem częstości powikłań nerkowych seryi przypadków z tej samej epidemii i leczonych w tym samym czasie, w tej samej instytucyi lekarskiej. Otóż w naszej seryi na 22 przypadki nieleczone surowicą mieliśmy zapalenie nerek w 10 czyli w 45,4%, jak widzimy odsetka w leczonych i nieleczonych surowicą prawie ta sama, co już bardzo przemawia za przeważającym wpływem charakteru danej epidemii. Nie mogliśmy również zauważyć różnicy w przebiegu powikłań nerkowych na korzyść surowicy ani pod względem czasu trwania, ani natężenia.

Jako ważny dowód dodatniego działania surowicy uważaćby należało zmniejszoną odsetkę śmiertelności. Ze 133 chorych leczonych surowicą w Warsz. szpitalu dla dzieci zmarło 20 co stanowi 15%. W sprawozdaniu zaznaczono tylko, że były to przeważnie przypadki ciężkie, nie znajdujemy jednak wzmianki, czy rokowanie stawiano przy przyjęciu i notowano, czy też sądzono a posteriori z przebiegu. Jest to rzecz bardzo ważna. Nie mniej ważne są dane porównawcze co do śmiertelności w szeregu przypadków z tego samego okresu czasu nieleczonych surowicą. W naszej seryi uwzględnialiśmy i rokowanie i dane porównawcze.

Z 18 przypadków w naszej seryi leczonych surowicą zmarło 7 (38,9%) z 22 przypadków nieleczonych surowiaą zmarło 8 (36,3%). Po wyłączeniu z 18 leczonych surowicą 2, ktore się zakończyły śmiercią, w dniu przyjęcia i z tych samych względów z drugiej kategoryi 3, otrzymamy odnośne odsetki dla leczonych surowicą 30,6% dla nieleczonych surowicą 26,3% (w poprzednim numerze w pierwszej części artykułu wkradła się pomyłka drukarska dlatego też powtarzamy tu te cyfry jeszcze raz). Ogólna śmiertelność ma jednak mniejsze znaczenie przy ocenie działania surowicy, ważniejsze znaczenie posiadają dane podług dni zastrzyknięcia i ciężkości przypadków.

Na 133 przypadki z Warsz. szpitala dla dzieci wypada, iż na 94 przypadki, w których zastrzykiwano surowicę do 4-go dnia włącznie, zmarło 3, czyli 3,19%, z zastrzykiwanych w piątym i późniejszych dniach na 39 zmarło 17 czyli 43,6%. W naszej seryi na 12 przypadków leczonych surowicą do 4-go dn. choroby włącznie zmarło 2 t. j. 16,6%, na 12 leczonych metodami zwykłemi przyjętych do 4-go dnia włącznie zmarło 4 t. j. 33,3%. Z leczonych surowicą po 4-ym dniu 4 przypadków zmarło 2 t. j. 50%, z nieleczonych surowicą 8 zmarło 1 t. j. 12,5%. (Wyłączyliśmy z tego zestawienia zarówno 2 przypadki z leczonych surowicą, jak 3 przypadki z nieleczonych surowicą, które się zakończyły śmiercią wkrótce po przyjęciu.) Jak widać z tego zestawienia odsetka śmiertelności do 4-go dnia włącznie wypada na korzyść surowicy, po 4-ym dniu wybitnie na korzyść nieleczonych surowicą. Wypada nam jednak wciągnąć w ra-

W którym dniu choroby zastrzyknięto surowicę.	ROKOWANIE. I	II	III	IV	Ilość przypadków.	Ilość zgonów.	% zgonów.	POWIKŁANIA. Otit. med.	Zapalenie gruczołów.	Zapalenie nerek.	Zajęcie stawów.	Pokrzywka.
II		2			2	—	0			2		2
III		3	*2*	1	6	2	33,3	1	1	2		2
IV		5			5	2	40	1		2		1
V		1	2	1	4	*3*	75			1	2	3
VIII			1		1	0		1	1	1		
Ogółem:		11	5	2	18	7	38,9	3	2	8	2	8
								(16,6%)		(44,4%)		(44,4%)

chubę rokowanie w przypadkach obu kategoryi. Okazuje się, iż licząc do 4-go dnia choroby włącznie na:

21 przyp. lecz. sur. 12 nielecz. sur.

było:

83,3% } 0 lekkich 4 }
10 śred. ciężkich 7 } 91,6%
16,6% } 2 wątpliwych 1= 8,3%

Zestawienie to wypada na korzyść działania surowicy ze względu na przewagę wśród nieleczonych, surowicą, przypadków lżejszych.

Z przypadków, których leczenie objęto po 4-ym dniu choroby na:

5 leczenych sur. było 7 nielecz. sur.

} 0 lekkich 1 }
} 1 śred. ciężk. 3 }
3 wątpliwych 3

procentowo wypadnie tu dla leczonych surowicą, licząc lekkie i średniociężkie do jednej kategoryi:

lżejszych 20% cięższych 60%

dla nieleczonych surowicą

lżejszych 57% cięższych *42,8%*.

Jak widzimy i to zestawienie, które w ogólnych cyfrach wypadało na niekorzyść działania snrowicy, wypada obecnie na korzyść.

Pozostaje dla ostatecznego sprawdzenia tych danych uwzględnić jeszcze jeden ważny bardzo czynnik. Jak wiemy rokowanie w płonicy jest nader zawodne, przypadki, które w początku choroby wydają się lekkimi, nieraz już na drngi dzień zmieniają swą postać zupełnie, i na odwrót pozornie ciężkie przeobrażają się nieraz nader szybko w lekkie, grają tu bowiem rolę współrzędne pozornie lecz różne w istocie dwa czynniki — wysoka ciepłota i jej wpływy na stan ogólny oraz zatrucie organizmu swoiste. Tam gdzie burzliwe objawy zależne są li tylko od wpływu wysokiej ciepłoty, obraz zmienia się na lżejszy, zupełnie przeciwnie dzieje się w przypadkach, gdzie dominującą rolę gra zatrucie tu obraz się zaciemnia coraz bardziej. Niezbędne jest

wobec tego sprawdzenie pierwszego rokowania przez dalszy przebieg dla oceny działania danej metody leczniczej.

Sprawdzimy więc pierwotne rokowanie: Z pośród leczonych surowicą z pierwotnem rokowaniem średniociężkiem na 11 zmarło 2 (18.1%). Z pośród nieleczonyoh surowicą 10 zmarło 3 (30%).

Stosunek więe ten wypada na korzyść surowicy.

Z pośród 5 leczonych surowicą z pierwotnem rokowaniem wątpliwem zmarło 3 (60%).

Z pośród 4 nieleczonych surowicą zmarło 2 (50%), ten ostatni stosunek wypada na niekorzyść surowicy. Jeżeli rokowanie średnio ciężkie w 2 przypadkach nieleczonych surowicą, postawione 2-go dnia choroby, zmienimy ze względu na pogorszenie wyraźne już 3-go dnia choroby, na wątpliwe, co mamy prawo zrobić, nie mamy bowiem ani jednego przypadku wśród leczonych surowicą, w którymby się stan wyraźnie poprawił już na drugi dzień po zastrzyknięciu, czyli że nie może nas spotkać zarzut, że gdyby surowica została zastrzyknięta, przebieg zmieniłby się na lepsze — to tak w pierwszem jak i w drugiem z ostatnich zestawień stosunek zmieni się wyraźnie na niekorzyść surowicy. Odsetka śmiertelności wśród nieleczonych surowicą z rokowaniem średnio ciężkiem wypadnie na 12,5% przeciw 18,1% wśród leczonych surowicą, a z rokowaniem wątpliwem wypadnie na 33,3% przeciw 60% wśród leczonych surowicą.

Pozwoliliśmy sobie nieco może drobiazgowo z różnych stron oświetlić cyfrowo kwestyę śmiertelności, która w ostatecznym wyniku wypada na niekorzyść surowicy, ze względu, iż tą drogą może z czasem, gdy liczba spostrzeżeń dosięgnie setek, otrzymamy ściślejszą odpowiedź na wątpliwości co do działania surowicy. Cyfry są bądź co bądź objektywne a jedyny zarzut w naszej seryi może je spotkać, iż są zbyt małe, przytaczamy też dane w odsetkach li tylko dla łatwiejszego zorjentowania się, zdając sobie dokładnie sprawę z zasady statystyki racyonalnej, iż cyfry należy redukować do 100, nie z mniejszych obliczać stosunek na 100.

Z kolei wypada nam omówić działanie uboczne surowicy. Pokrzywkę spostrzegaliśmy w 44.4% przypadków. W kilku przypadkach występowało miejscowe powiększenie gruczołów w okolicy zastrzyknięcia surowicy. W przypadku XI (Mateuszek Z.) spostrzegaliśmy ogólne powiększenie gruczołów z długotrwałą gorączką. (Serumkrankheit). Obawę co do silnego działania ubocznego surowicy wzbudził przypadek XVIII, który się zakończył zejściem śmiertelnem na 20-ty dzień choroby i przedstawiał w przebiegu objawy ciężkiego stanu septycznego; chociaż surowica była zastrzyknięta 4-go dnia choroby przy stanie średniociężkim i w dostatecznej dawce, bo 50 cm.³ dziecku 3 letniemu, pierwsze objawy septyczne wystąpiły XI-go dnia choroby. Próbkę surowicy poddaliśmy nawet badaniu bakteryologicznemu w laboratoryum d-ra Serkowskiego, okazała się jednak jałową. Można więc w tym przypadku stawiać surowicy jedynie zarzut braku działania leczniczego. Podobne objawy septyczne spostrzegaliśmy w krótce potem w przypadku nieleczonym surowicą, którego opis podaliśmy (Helenka K.).

Ograniczyliśmy się w naszej pracy do objektywnego podania faktów spostrzeganych, unikając ostatecznych wniosków, uważamy bowiem spostrzeżenia nasze jako materyał, który dorzucony do już istniejącego i przyszłego, może się z czasem choć w części przyczynić do ważnej sprawy leczenia płonicy surowicą.

Zaznaczyć musimy jednak, że serya tych spostrzeżeń doprowadziła nas do nader krytycznego oceniania działania danej surowicy, do czego nawoływał jeszcze w r. 1903 St. Kamieński w swej pracy: „Kilka uwag z powodu surowicy przeciwpłoniczej doktora Palmirskiego". Czytamy tam: „Ggyby ciepłota opadła na drugi lub trzeci dzień choroby, wraz z tem ustąpiły objawy nerwowe, poprawiło się tętno; gdyby naloty w gardle od chwili podziałania surowicy albo znikać zaczęły, albo też nie rozszerzały się, gdyby to samo powiedzieć można było o gruczołach chłonnych; gdyby wreszcie w przeważnej liczbie tych przypadków nie było powikłań ze strony uszów, nerek, ropienia następczego i t. p., wtedy dopiero mielibyśmy prawo sądzić, że pewna część tych chorych wyzdrowiała prędzej dzięki zastosowaniu surowicy leczniczej".

Organizacya pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej.

Napisał Dr. **Seweryn Sterling.**

Sprawa lecznictwa publicznego nie zaciekawia dotąd zgoła naszych lekarzy, jakkolwiek jest to sprawa, która musi być u nas praktycznie rozwiązana w najbliższym czasie.

Przywykliśmy do słuchania przepisów, które ktoś gdzieś ułożył, i nieumiemy jakoś dotąd zżyć się z myślą, że nadeszła chwila, kiedy sami dla siebie normy postępowania będziemy układali.

Jednę ze spraw lecznictwa publicznego—organizacyę pomocy lekarskiej dla robotników —przedstawić tu zamierzam. Pisząc, mam przedewszystkiem na względzie potrzeby robotników fabrycznych wielkomiejskich, ponieważ tu organizacya jest sprawą najpilniejszą.

Wstęp.

Robotnik fabryczny wynajmuje, wydzierżawia, swą pracę; ponieważ jest to jedyny jego sposób do życia, dbać o to musi, by po ukończeniu terminu dzierżawy kapitał jego sił, którego niejako odsetką jest praca, nie był zmniejszony po nad normę warunkowaną przez prawa biologiczne.

Położenie społeczne robotnika zmusza go do przyjmowania takich warunków najmu, jakie mu stawiają przedsiębiorcy, więc nawet takich, które pod pozorem korzystania li tylko z jego pracy zabierają mu część jego kapitału—zdrowie.

Takie wykorzystanie pewnej części ludności przez inną stanowi szkodę społeczną, ponieważ zmniejsza siły danego narodu: przyśpiesza starość, zwiększa chorobowość i śmiertelność, odbija się ujemnie na dzielności fizycznej następnych pokoleń.

Staje w obronie tych sił prawodawstwo socyalne, tworząc specyalne przepisy ochrony pracy. Tych przepisów częścią składową są przepisy tyczące się organizacyi ochrony zdrowia. *).

Więc nie współczucie kieruje społeczeństwem przy organizowaniu ochrony zdrowia robotników; nie jest też filantropią bezpłatna pomoc lekarska dla robotnika.

Prawodawcza ochrona zdrowia, broniąc jedynej własności robotnika—jaką jest jego zdolność do pracy -- staje na straży sił ekonomicznych, będących częścią bogactwa narodowego.

Obowiązek wykonywania tej ochrony pada albo na państwo albo na przedsiębiorców, solidarnie złączonych. Ponieważ choroba, nawet ostra, jest wynikiem zarówno wewnętrznego czynnika, jak i stopnia wrażliwości organizmu—wrażliwości powstającej pod wpływem nader różnorodnych przyczyn, działających w ciągu całego życia (nawet wrodzonych)—więc nie może ciążyć obowiązek ochrony zdrowia na pojedyńczym pracodawcy, tylko albo na państwie, albo na ogóle przedsiębiorców. Wyjątek stanowią choroby z powodu zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy — zależnych od wadliwych urządzeń, kiedy dany przedsiębiorca całe odszkodowanie ponieść powinien; natomiast już np. choroby zawodowe powinny być leczone i odszkodowywane przez solidarne zjednoczenie przedsiębiorców danego fachu, ponieważ te choroby powstają stopniowo, t. j. zazwyczaj przy pracy nie w jednem tylko w kilku—kolejno—przedsiębiorstwach.

Zupełnie niezeleżną od tej zasadniczej—jest sprawa leczenia rodzin robotniczych; tu jedynym motywem organizacyi może być nizki stan zarobków—nizki w porównaniu z wydatkami, jakie stanowią honorarya lekarskie, koszty leków, koszty przyrządów leczniczych i t. p.

Tu jest konieczna samopomoc robotników: wzajemne ubezpieczanie się na wypadek nieszczęścia choroby we własnej rodzinie.

Sprawa organizacyi pomocy lekarskiej dla ludzi ekonomicznie zależnych zajmuje oddawna narody cywilizowane i jest — jak już powiedziałem — składową częścią organizowanej ochrony pracy.

Państwa europejskie wypracowały i wprowadziły w życie prawa i przepisy odpowiednie; zapoznanie się z nimi *) pozwoli ocenić wadliwości obecnego stanu tej sprawy u nas.

---

*) Prócz nich ochrona pracy obejmuje jeszcze: ograniczenie trwania czasu pracy; ochronę zdrowia w poszczególnych zawodach, szczególnie groźnych; ochronę stopy zarobku; sprawę niedzielnego spoczynku; ochronę kobiet i dzieci pracujących w fabrykach.

* Podług: Handbuch der Socialen Medicin. Tom. II. K. Jaffè: Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebite der Krankenversicherung.

Najdalej i najlepiej rozwinęła się ta dziedzina w Niemczech, więc zaczynam od opisu urządzeń niemieckich.

Niemcy.

Pomoc lekarska robotnikom fabrycznym podawana jest w Niemczech przez jednę z trzech postaci ubezpieczenia państwowego, jakie tam obowiązują.

Trzy te postacie są: 1) ubezpieczenie na wypadek choroby (Krankenversicherung); 2) ubezpieczenie na wypadek zdarzenia nieszczęśliwego przy pracy (Unfallversicherung); 3) ubezpieczenie na wypadek niedołęstwa, wywołanego przez chorobę lub następującego — jak przypuszcza prawo — u każdego człowieka w 70-ym roku życia. (Inwalidenversicherung).

Jakkolwiek państwo uczyniło te trzy postaci ubezpieczenia musowymi dla pewnej kategoryi ludzi i organizuje je przez specyalne przepisy, tem nie mniej bezpośredni swój udział ogranicza do kontrolowania tych urządzeń; jedynie do renty niedołęstwa i starości dopłaca państwo pewną część, a kasy pocztowe państwowe wypłacają te renty, co b. ułatwia procedurę.

Samodzielność tych instytucyi ubezpieczeniowych daje im możność rozszerzania działalności po za granice pierwotnem prawem przepisane; taką działalność one rozwinęły w walce z gruźlicą, w walce z pijaństwem, w zapobieganiu zdarzeniom przy pracy i t. d.

Przymusowy charakter ubezpieczenia na tem polega, że dany robotnik na podstawie li tylko litery prawa, t. j. bez żadnego z jego strony żądania, lub meldowania — zostaje ubezpieczony od chwili zajęcia się pewną pracą, w prawodawstwie wymienioną.

Obok ubezpieczenia przymusowego istnieje i dobrowolne—dla osób, które nie podlegają — z racyi swego zawodu—musowi, a jednak chcą z ubezpieczenia korzystać; wolno im korzystać z tych samych instytucyi, co i pierwszym, pod warunkiem jednak, że ich dochody roczne nie przewyższają pewnego maximum.

Ubezpieczenie na wypadek choroby świadczy ubezpieczonemu w ciągu 26 tygodni (w niektórych Kasach dłużej) pomoc lekarską i zapomogę materyalną w czasie przymusowego bezrobocia z powodu choroby.

Ubezpieczenie na wypadek zdarzenia nieszczęśliwego przy pracy zabezpiecza też pomoc lekarską; dalej, rentę ofiarze wypadku lub jego rodzinie; tę pomoc otrzymuje jedynie ten, kto uległ chorobie z powodu wypadku, t. j. od nagle powstałego, krótkotrwałego, jednorazowego zadziałania podczas pracy zawodowej; uszkodzenie zaś zdrowia wskutek trwałego wpływu jakiegokolwiek zajęcia (choroba zawodowa) nie daje prawa do wynagrodzenia ze strony tego rodzaju ubezpieczenia.

Pomoc zaczyna się od 14 tygodnia po wypadku (przez pierwsze 13 tygodni pomagać musi Kasa chorych).

Organizacye ubezpieczeniowe tego rodzaju mają prawo wydawania specyalnych przepisów, zapobiegających nieszczęśliwym zdarzeniom przy pracy.

Ubezpieczony na wypadek niedołęstwa i starości otrzymuje: 1) pomoc lekarską, począwszy od 27 tygodnia choroby; 2) rentę inwalida, jeśli postradał zdolność do pracy z powodów, którym ulegają wszyscy ludzie lub zależnie od zajęcia zawodowego; 3) rentę starości— począwszy od 71 r. życia.

Ubezpieczenie na wypadek choroby.

Rozpatrzmy bliżej warunki ubezpieczenia, które nas w tej chwili obchodzi— ubezpieczenia na wypadek choroby.

Musowi ubezpieczenia podlegają pracujący w następujących zawodach:

1) w górnictwie, warzelniach soli, w kamieniołomach, kopalniach, w fabrykach, na kolejach, w nawigacyi rzecznej, przy budowie okrętów, przy wszelkich pracach budowlanych, we wszystkich robotach podejmowanych przez departamenty: pocztowy, telegraficzny, wojenny i morski;

2) w przedsiębiorstwach mających charakter rzemiosła;

3) w przedsiębiorstw. handlowych.

4) we wszystkich innych, tu niewymienionych przedsiębior., jeśli zajęcie się niemi wymaga pozostawania w jednem określonem miejscu *) (np. froterzy nie mogą tu być zaliczeni);

5) we wszystkich bez wyjątku przedsiębiorstwach, w których są stale używane motory;

---

*) Prawo niemieckie zalicza tu wszelkie przedsiębiorstwa transportowe, rybackie, lecznice, biura geometrów i buchalterów, restauracye, hotele i t. d.—czyli, że np. pokojówki hotelowe należą już do osób podlegających przymusowemu ubezpieczeniu.

6) w biurach regentów, adwokatów, komorników, w biurach ubezpieczeniowych. *).

Te wszystkie zawody czynią ubezpieczenie przymusowem, jeżeli mają charakter zajęcia stałego i wykonywanego za określone wynagrodzenie; jeżeli dany osobnik nie korzysta ze swej pracy samodzielnie, tylko jako zależny od pracodawcy.

Organy samorządu miejscowego mogą rozszerzyć mus ubezpieczeniowy jeszcze na następujące grupy ludności: 1) na wynajmowanych przez instytucye publiczne, n. p. strażaków, policyantów, zamiataczy ulic; 2) na urzędników instytucyi publicznych (pobierających niżej 2,000 mar. pensyi rocznej); 3) na zajętych w rolnictwie i leśnictwie; 4) na robotników niestałych, t. j. pracujących mniej niż tydzień w jednem miejscu.

Ubezpieczenie na wypadek choroby jest wykonywane przez Kasy ubezpieczeniowe.

Tworząc te kasy, prawo oprzeć się chciało na zasadach wzajemności, samorządu i korporatywności. Zasadami tu były: równość w narażaniu się na niebezpieczeństwo choroby; możność wzajemnej kontroli w celu zwalczania symulacyi; czynnik kształcący społecznie przez udział w zarządzie kasami.

Prawo pozwala na tworzenie kas następujących typów:

a) *Kasy miejscowe* (Ortskrankenkassen) tworzone przez miejscowe organy samorządu dla reprezentowanych w danej miejscowości zawodów, jeśli ilość zawodowców przechodzi liczbę stu; są to właściwie kasy zawodowe, mające każda własny zarząd, w którym są reprezentowani pracodawcy i przedsiębiorcy w stosunku odpowiadającym ich pieniężnemu udziałowi w wydatkach kasy.

b) *Kasy fabryczne i przemysłowe* (Betriebskrankenkassen), tworzone przez przedsiębiorców większych zakładów przemysłowych (fabryk, młynów, warsztatów okrętowych).

c) *Kasy budowlane* (Baukrankenkassen)—odmiana kas poprzednio wymienionych — tworzone przez przedsiębiorców budowlanych na czas ograniczony i trwających tylko aż do ukończenia danego przedsięwzięcia (budowa kolei, kanału, fortecy i t. p.)

Wyliczone trzy odmiany kas zostały stworzone przez odpowiednie prawodawstwo niemieckie z r. 1883-go. Dalej wyliczone kasy, prócz gminnych, które zajmują odrębne stanowisko, istniały już wcześniej i tylko przystosowały się do nowego prawodawstwa.

d) *Kasy cechowe* (Innungskrankenkassen) są dziś urządzone na wzór kas miejscowych.

e) *Kasy górnicze* (Knappschaftskassen).

f) *Ubezpieczenie chorych gminne* (Gemeindekrankenversicherung) nie jest, ściśle biorąc, kasą chorych, tylko urządzeniem zastępczem, tam czynnem, gdzie znajdują się mieszkańcy podlegający przymusowemu ubezpieczeniu, a nie należący ani wpisani do żadnej kasy. Tych musi zabezpieczyć kasa gminna, administrowana przez władze gminne.

Wyliczone sześć odmian kas chorych są to wszystko tak zwane *kasy musowe* (Zwangskassen); wpisywać się do nich nie trzeba: z chwilą objęcia zajęcia, które ulega ubezpieczeniu, jest się eo ipso członkiem jednej z tych kas.

Oprócz tego istnieją:

9) *Kasy zarejestrowane pomocnicze* (eingeschriebene Hilfskassen) i *kasy pomocnicze wolne* (freie Hilfskassen). Zwalniają one swych członków, którzy się do nich dobrowolnie wpisują, od obowiązku należenia do jednej z kas przymusowych, jeśli dają, co najmniej, tę samą pomoc, co kasy przymusowe.

Ażeby objąć zakres działania wyliczonych odmian kas chorych, należy przyjrzyć się następującej statystyce, dającej cyfry za rok 1902-gi. Było wówczas:

Kas miejscowych	4.699	z	4.7	milionami	ubezp.
„ fabrycznych i przemysłow.	7.626	„	2.5	„	„
„ budowlanych	52	„	16	tysiącami	„
„ cechowych	639	„	218	„	„
„ górniczych	207	„	710	„	„
„ gminnych	85.28	„	1.5	milionami	„
„ pomocniczych	1445	„	903	tysiącami	„

Pytanie, do jakiej kasy należy zaliczyć danego robotnika, tak się rozstrzyga: jeżeli nie zapisał się on do wolnej kasy, to należy uważać go za członka kasy fabrycznej, budowlanej, cechowej, górniczej—stosownie do rodzaju jego zajęcia; gdyby takich kas nie było w danej miejscowości — należy go uważać za członka kasy miejscowej, a w braku takiej—za członka kasy gminnej.

Świadczenia kas chorych. Celem ubezpieczenia na wypadek choroby jest dostarczenie ubezpieczonemu pomocy w

*) O ile nie zarabiają więcej, niż 2,000 mar. rocznie.

chorobie, conajmniej w ciągu 26 tygodni.

Świadczenia, których żądać może ubezpieczony, są następujące:

a) porada lekarska, lekarstwa, inne środki lecznicze;

b) w razie niezdolności do pracy zapomoga pieniężna (począwszy od 3-go dnia choroby) wysokości połowy zarobku w danej miejscowości jako norma przeciętna ustanowionego; zamiast tej zapomogi:

c) leczenie bezpłatne w szpitalu, przyczem zapomoga jest wtedy zmniejszona do połowy.

Tym żądaniom odpowiadać muszą kasy gminne i kasy wolne. Inne kasy przymusowe świadczą jeszcze:

d) zapomogę pogrzebową, wysokości 20-krotnego zarobku przeciętnego;

e) zapomogę dla położnic, w ciągu tygodni sześciu.

Co się tyczy pomocy lekarskiej dla rodzin, to prawo nie obowiązuje kas do takiej; nie zabrania jej jednak,—jak nie zabrania powiększania np. wysokości zapomogi tygodniowej — o ile dana kasa ma po temu środki. Dla tego w tym względzie nie ma jedności, przeważnie jednak płacą kasy za leczenie rodziny (t. j. „małżonka i dzieci niezdolnych jeszcze do zarobkowania“) ubezpieczonego; wyjątek stanowią kasy gminne, które nie mają prawa czynić tego.

O stosunku różnych pozycyi tu wymienionych w wydatkach kas chorych daje pojęcie następujące zestawienie (w okrągłych cyfrach).

Lekarz	36	milionów marek
Lekarstwa i inne środki leczkarskie	28	„ „
Zapomogi chorym niepracującym	77	„ „
Położnicom	2	„ „
Szpital	22	„ „
Na pogrzeby	5	„ „
Inne wydatki	2	„ „

Środki kasy. Prawo wymaga, żeby składka do kas gminnych nie przewyższały 2% zarobku przyjętego w danej miejscowości jako zarobek przeciętny; w kasach miejscowych, fabrycznych, budowlanych i cechowych składka nie powinna przewyższać 3%, wyjątkowo 4%, zarobku przeciętnego. Prócz tego każdy przedsiębiorca musi do kasy wpłacać połowę tej sumy, jaką płacą w postaci składek zajęci u niego ubezpieczeni.

Tym sposobem robotnicy płacą $^2/_3$, przedsiębiorcy $^1/_3$ składek ubezpieczeniowych.

Do kas wolnych przedsiębiorca nic nie płaci.

Składki zabezpieczonych są wnoszone do kasy przez przedsiębiorcę, który je potrąca z zarobku.

Każdy wstępujący do kasy wpłaca jednorazowo wpisowe wysokości sześciokrotnej składki tygodniowej, nań przypadającej.

Rola lekarza kasowego. Jednem ze świadczeń kasy chorych jest bezpłatna pomoc lekarska dla ubezpieczonego i — najczęściej — dla jego rodziny.

W kasach wolnych przybywa jeszcze obowiązek badania stanu zdrowia kandydatów do kasy.

Leczenie ubezpieczonych powierza kasa wybranym przez siebie lekarzom; korzystanie z pomocy wszystkich lekarzy mieszkających w danem mieście zdarza się jedynie tam, gdzie lekarzy jest wszystkiego kilku.

Praca lekarzy bywa przez kasy wynagradzana na podstawie różnych zasad; dwie główne z tych zasad są:

1) Bez względu na ilość udzielonych porad, t. j. li tylko uwzględniające liczbę ubezpieczonych — stałe roczne wynagrodzenie; taka umowa może być zawarta albo z jednym lekarzem, albo ze zorganizowaną grupą lekarzy, którzy owo roczne wynagrodzenie dzielą pomiędzy sobą (stosownie do ilości pracy każdego z nich).

2) Za każdą poradę, wizytę i t. p. oddzielne, z góry umówione, wynagrodzenie, przy czem znów umowa zostaje zawarta albo z jednym lekarzem, albo ze zorganizowaną grupą lekarzy.

Zarówno doświadczenie, jak i słuszność przemawiają za systemem wynagradzania od każdej porady i za zawieraniem umów nie z jednym, lecz z grupą lekarzy.

Opłata roczna zastosowana li tylko do liczby ubezpieczonych była by słuszna, gdyby żądana za nią praca była w jakimś sprawiedliwym stosunku do płacy i do fizycznej wydolności lekarza. Dzieje się jednak wręcz przeciwnie: za małą stałą zapłatę obciążają kasy lekarza nadmierną robotą; a że przy tym systemie nie wolno lekarzowi odmówić porady nikomu z ubezpieczonych, mających do niej prawo, więc też położenie lekarzy jest złe; są oni obarczeni pracą po nad siły a pomoc przez nich udzielana często nie stoi na wysokości postulatów medycyny.

To też, jakkolwiek odsuwa nas to od idealnej chwili powszechnego upań-

stwowienia pomocy lekarskiej, tem nie mniej dziś za właściwy uznać należy tylko system honorowania za każde świadczenie oddzielnie.

Na tę sprawę poglądy lekarzy są zgodne.

Inaczej ze sprawą powierzania funkcyi lekarza kasy jednemu lekarzowi — czy grupie zorganizowanych lekarzy.

W chwili powstania kas powszechnym był system monopolu lekarskiego: chory miał prawo do korzystania z pomocy lekarskiej jednego lekarza, będącego na stałej pensyi rocznej; tylko w przypadkach wyjątkowych korzystał z pomocy innych lekarzy.

Od lat dziesięciu ten system został potępiony; bronili go (i gdzie-niegdzie jeszcze bronią) posiadacze monopolu; ale za powszechnie w Niemczech stosowany uważać należy t. zw. wolny wybór lekarzy.

Przy wolnym wyborze chory może: 1) albo zwracać się o poradę do każdego z lekarzy praktykujących w danem mieście (t. zw. nieograniczony wolny wybór); 2) albo też do jednego z lekarzy specyalnej organizacyi lekarzy kasowych, która wchodzi w układ z kasą chorych, (t. zw. wybór ograniczony, wybór z listy); chory ma wtedy prawo zwracać się o poradę do każdego z lekarzy należącego do organizacyi, a zapisanego na specyalnej liście.

System pierwszy wprowadzić próbowano tu i owdzie, ale go wszędzie zaniechano, ponieważ uniemożliwiał kontrolę zarówno chorych, jak i kontrolę czynności lekarskich. Był by on wtedy tylko możliwy, gdyby nie było ze strony robotników przypadków symulacyi, a ze strony lekarzy—przypadków nieuczciwej konkurencyi.

Jest on też właściwie zbyteczny, gdyż lekarz, chcący zajmować się praktyką kasową, łatwo może wstąpić do odpowiedniej organizacyi, poddając się jednak pewnym przepisom, ograniczającym go zarówno przez ustawę tej organizacyi, jak i przez niektóre warunki umowy, stawiane przez Zarząd kas.

Lekarze niemieccy od lat wielu walczyli o zapanowanie systemu wolnego wyboru lekarzy i wywalczyli go sobie prawie zupełnie — jako system wyboru z listy.

Prócz lekarzy—terapeutów, istnieją przy kasach *lekarze zaufani*, płatni rocznie, *) którzy: 1) badają dobrowolnie wstępujących do kasy; 2) pośredniczą przy przekazywaniu pacyentów do sanatoryów, do miejsc kąpielowych, na wieś—kwalifikując ostatecznie takich chorych; 3) badają podejrzanych o symulacyę; 4) informują zarząd kasy o sprawach sanitarnych; 5) leczą urzędników administracyjnych kasy.

O sposobie korzystania przez ubezpieczonych z pomocy lekarskiej dają pojęcie następujące ustępy *instrukcyi dla pacyentów*:

W każdym przypadku choroby należy się zwrócić o kartę uprawniającą do korzystania z bezpłatnej porady lekarskiej; te karty wydają specyalni urzędnicy.

Karta jest ważna tylko w dniu jej wydania i w dniu następnym; jesli w tym czasie nie została użyta, należy ją zwrócić.

Na zasadzie tej karty chory może się zwrócić o poradę do jednego z lekarzy zapisanych na liście, wywieszonej w fabryce (ewent. wydrukowanej na odwrotnej stronie karty).

Na karcie bywa oznaczany rodzaj porady: w domu lekarza, w domu chorego, operacya u specyalisty i t. p.

Chory jest obowiązany do ścisłego spełniania przepisów lekarza; ze szpitala nie wolno mu się wypisywać wbrew woli ordynatora.

Istnieją specyalni urzędnicy kasy, kontrolujący chorych w ich mieszkaniach.

Na zaświadczeniu lekarskiem, którego formularz chory otrzymuje wraz z kartą, lekarz wypełnia następujące rubryki:

1) data pierwszej porady; 2) rozpoznanie choroby (przez oznaczenie kategoryi chorobowej, do której dane cierpienie się zalicza); jest to szczególnie ważnem przy cierpieniach urazowych; 3) czy pacyent ma przerwać zajęcie zawodowe; 4) czy, przerywając pracę, musi pozostawać w łóżku; 5) data ostatniej wizyty i zejście choroby.

Te zaświadczenia uprawniają do ew. otrzymania zapomogi za czas niezdolności do pracy.

Jak wspomniałem, istnieje w kasach *kontrola chorych*, i to kontrola surowa. Kontrolę spełniają specyalni urzędnicy, którym nie wolno zajmować się żadnem innem zarobkowaniem. Kontroler ma obowiązek baczyć, by kasa nie była narażona na niepotrzebne wydatki przez udających choroby i przez takich, którzy zwracają się do lekarzy i biorą leki, ale z

* W Drezdeńskiej np. kasie miejscowej pensya wynosi 6.000 mar. rocznie.

porady i leków nie korzystają; kontrolerzy sprawdzają, czy chorzy leżą w łóżku, czy nie wychodzą z domu w godzinach przez przepis lekarski zabronionych; kontrolerzy mają prawo zawiadomić lekarza, że mieszkanie chorego nie odpowiada wymaganiom i przez to zwrócić uwagę lekarza na potrzebę umieszczenia pacyenta w szpitalu; kontroler oznacza datę swej wizyty (i swoje uwagi) na tej samej karcie, na której lekarz pisze swoje zaświadczenie. Za udzielenie jakiejkolwiek rady, tyczącej się choroby, za krytykę przepisu lekarskiego — kontroler jest bezwłocznie pozbawiony swego stanowiska. Takiej samej karze ulega za przyjęcie podarunku.

Lekarze kasowi mają specyalny *regulamin*, wskazujący im — między innymi — sposoby *przepisywania leków*. Zasadą tu jest taka oszczędność, jaką b e z s z k o d y d l a c h o r e g o stosować można.

Że taka oszczędność jest możliwa i łatwa przekonać się można z kilku przykładów, jakie przytoczę, (posługując się ułożonymi przezemnie w roku 1900-ym. „Sposobami przepisywania leków“).

Tak np.	Antifebrini 10 cg.	kosztuje	0,5 kop.
	„ 1 g.	„	1 „

Więc, czy zapiszemy 20 cg. czy 1 g. — cena będzie jednakowa.

Określenie gatunku żądanego przetworu zmienia cenę leku; bez określenia aptekarz wydaje najdroższe - w danym jednak razie w gatunku może zgoła niewłaściwym.

100 g. Aluminis	kosztuje	3 kop.
100 g. Aluminis pulverati	„	12 „
100 g. Aluminis usti pulverati	„	30 „

Taki znów przepis, jak:

Spir. sinapis 240 g. kosztuje 173 kop.

Wówczas gdy:

Rp. Ol. sinapis aeth. 5 g.
Spir. vini 90% ad 240 g.
Kosztuje 135 kop.

W tym razie nawet bez znaku Rp. t. j. bez Taxa laborum, kosztuje Spir. sinapis 240 g.—154 kop., a więc drożej, niż drugi przepis, jakkolwiek zapisany w postaci recepty.

Jak z tych przykładów widzimy, staranie się o taniość może iść w parze z dobrocią lekarstwa, to jest odbywa się bez wszelkiej szkody dla chorego.

Lekarze kasowi ulegają kontroli i są pieniężnie odpowiedzialni za lekceważenie przepisów umożliwiających obniżenie ceny leków

Bardzo ważnem udogodnieniem jest ułożona — w porozumieniu z aptekarzami — *taksa sprzedaży odręcznej, z podaniem stałej dawki.* Przytoczę przykłady z tej taksy (pomijając ceny):

	Dosis (w gramach)		
	minor	major	maxima
Ac. boricum cryst.	50	100	
„ „ pulver.	20	50	100
Bismuth. subn.	20		
Cacao sine oleo	100	250	500
Capsul. Bals. Copaiv. 0,6	10 szt.	30 szt.	100 szt.
Capsul. Kreosoti	50 szt.	100 szt.	
Folia Uvae Ursi	30	100	
Gelatina Zinci	50	100	250
Infus. Sennae comp.	30	100	
Lanolinum	20	50	100
Ol. Terebinth	50	100	200
Placenta Sem. Lini	100	200	500
Pulv. Liquir. com.	30	50	100
Spir. Camphor	60	100	200
Tinct. Rhei aq.	30	50	100
Ung. ac. borici 10%	20	50	100
Ung. Zinci	20	100	

Ze specyfików są dopuszczane do użytku tylko niektóre, t. j. przez dłuższe doświadczenie sprawdzone i powszechnie za godne użycia uznane.

Na wezwanie lekarza lub zarządu kasy chory musi się udać do szpitala, przyczem przewóz odbywa się na koszt kasy. Odmawiający leczenia się w szpitalu traci prawo do zapomogi i do pomocy lekarskiej wogóle.

Prócz szpitali, kasy (wspólnie z zarządami ubezpieczenia inwalidości) umieszczają chorych w domach dla zdrowiejących, w zamiejskich stacyach dziennych (gdzie chorzy przebywają w ciągu dnia, a na noc wracają do domu), w sanatoryach dla gruźliczych (gdzie są leczeni chorzy mający widoki odzyskania zdolności do pracy) i w innych podobnych zakładach leczniczych.

Lekarz może przepisywać, na koszt kasy, prócz lekarstw: okulary, bandaże rupturowe, kąpiele, wody mineralne, niektóre środki odżywcze, a w rzadkich wypadkach i wino, koniak, mleko W tym względzie istnieje przepis, który za maximum pomocy ze środków tej kategoryi— dla jednego chorego — podaje wydatek 20 marek.

Lekarz kasowy musi prowadzić specyalny spis tych chorych, wpisując obok nazwiska chorego — rozpoznanie i wszystkie przepisywane leki.

Co się tyczy leczenie rodzin, to, jak wykazała statystyka tych kas, które na

nie przewalają, robotnik częściej korzysta z pomocy lekarskiej dla rodziny, niż dla siebie. Tak np. w Lipskiej kasie leczyło się w ciągu roku:

robotników pracujących (lżej chorych)	63	tysiące
„ niezdolnych do pracy	104	„
osób należących do rodziny robotnika	173	„

Dla tego wyliczono*), że jeżeli jako minimum wydatków na honoraria lekarskie za robotnika bez rodziny należy liczyć 4,68 marki, to za robotnika z rodziną liczyć należy 16 marek rocznie.

Co się tyczy pomocy akuszeryjnej, to do porodu normalnego nie powołują na koszt kasy ani lekarza, ani akuszerki, ani żądają środków lekarskich; dopiero przy nieprawidłowym porodzie, porodzie przedwczesnym lub poronieniu kasa daje pomoc specyalną.

Organizacye lekarzy kasowych. Aby dać pojęcie o organizacyach lekarskich, które wchodzą w umowy z kasami, opiszę jednę z większych, mianowicie monachijską.

W Monachium istnieje stowarzyszenie lekarzy, zwane: Aerztlicher Bezirkverein München.

Główne zasady tego stowarzyszenia (podług redakcyi zatwierdzonej ostatnio w r. 1905-ym) dają się streścić w następujących punktach:

W skład stowarzyszenia wchodzą lekarze mieszkający w Monachium.

Celem stowarzyszenia jest: popieranie zgody koleżeńskiej, wspólna obrona godności i interesów stanowych, popieranie dążności naukowych, łagodzenie zatargów przez sąd koleżeński.

Do urzeczywistnienia tych celów służą: stałe zebranie członków, wybór delegatów do okręgowych Izb lekarskich, funkcyonowanie sądu koleżeńskiego.

Przyjętym do stowarzyszenia jest każdy, o czyjej kandydaturze ogłasza się na początku zebrania, jeśli do końca tegoż zebrania nikt nie postawi veto. W ostatnim razie Sąd koleżeński sprawdza zarzuty a ogólne zebranie decyduje większością dwu trzecich obecnych.

Przeciw nieprzyjęciu wolno w ciągu dni 30 apelować do Izby lekarskiej.

Składka roczna wynosi 10 mar.

Przy tem Stowarzyszeniu istnieje *Koło lekarzy kasowych*, Abtheilung für freie Arztwahl der Aerztlichen Bezirkvereins München.

Ma ono specyalną ustawę, zawierającą takie zasady:

Celem Koła jest umożliwienie lekarzom praktyki wśród ludności ubezpieczonej w kasach chorych.

W tym celu Koło zawiera w imieniu swych członków umowy z Zarządami kas.

Koło jest w zakresie swych czynności specyalnych niezależne od Stowarzyszenia.

Członkiem może zostać lekarz nienależący do Stowarzyszenia, jakkolwiek nie jest to pożądane; bezwarunkowo jednak należeć musi do Związku Lipskiego. *).

Jedynie w następujących sprawach musi Koło uzyskać aprobatę Stowarzyszenia:

1) przy zawieraniu umów z kasami.
2) przy zmianie warunków umów.
3) przy zmianie ustawy Koła.

Każdy należący do Koła poddaje się rygorowi specyalnych instrukcyi.

Wpisowe wynosi 10 marek.

5% honoraryów wypłaconych przez Kasę idzie na administracyę Koła.

Prezydyum Koła składa się z 10 członków:

Prezydujący.
Zastępca Prezydującego.
Dwu sekretarzy.
Zarządzający kancelaryą Koła.
Przewodniczący komitetu umów.
Przewodniczący komitetu określania wysokości honoraryów.
Przewodniczący komitetu kontroli chorych.
Przewodniczący komitetu kontroli rachunków lekarskich.
Przewodniczący komitetu kontroli kosztow i dobroci leków.

Istnieje specyalna komisya do rozstrzygania zatargów między lekarzami (Beschwerdekomission).

Zarząd główny (Generalkomission) składa się z trzech lekarzy, trzech przedstawicieli kas i płatnego Sekretarza.

Sąd rozjemczy (Schiedsgericht) składają: trzech lekarzy, trzech przedstawicieli kas i jeden prawnik.

Z instrukcyi dla lekarzy kasowych przytoczę następujące wyjątki:

Prawo wyboru lekarza stawia ubezpieczonych w kasach na równi z innymi pacyentami.

---

* Biorąc za podstawę wyliczenia t. zw. Armentaxe (honorarium minimalne, obowiązujące przy leczeniu ubogich).

*) Związek Lipski jest ogólno niemieckim związkiem lekarzy w celu obrony materyalnych interesów stanu. (Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen).

W celu samokontroli lekarze ulegają rygorowi przepisów ustanowionych dla różnych komisyi kontrolujących.

Z punktu widzenia zakresu obowiązków kas względem ubezpieczonych „chorobą" nazywa się takie zakłócenie zdrowia, które wymaga pomocy lekarza, lekarstw lub zabiegów leczniczych. O tem, czy dany stan anormalny wymaga leczenia, decyduje nie subjektywna opinia pacyenta, tylko wynik badania lekarskiego. Ani usposobienie do choroby, ani rekonwalescyencya nie mają być uważane za chorobę. Również nie jest chorobą stan kalectwa jako następstwo choroby. Więc w przypadku np. osłabienia ogólnego—na koszt kasy można leczyć tych tylko, u których to osłabienie jest wyrazem określonej choroby, a nie np. wrodzonego usposobienia. Ciąża normalna, poród normalny nie mogą być uważane za choroby i dla tego do świadczenia ze strony kas prawa nie mają.

Leczyć chorego kasowego należy jedynie na zasadzie przedstawionego przezeń dowodu.

Wizyty zapisane przed 12 w południe należy załatwić tego samego dnia.

Każdego chorego i każdy przepis wpisuje lekarz do specyalnej listy, którą przedstawia jako dowód rachunkowy. Niewypełnienie listy wszystkiemi danemi pociąga za sobą karę wysokości od 1 do 10 marek.

Zarząd kasy ma prawo poddania pacyenta, leczącego się u jednego lekarza, badaniu przez innych lekarzy—w obecności dotychczasowego ordynatora.

Prócz powyższych regulaminów istnieją jeszcze: umowa między kasami chorych a Kołem lekarzy kasowych; taksa honoraryów lekarskich przyjęta przez obie strony; spis lekarzy Koła, zawierający ich adresy, godziny przyjęcia i specyalność.

Austrya. W Austryi, jak i Niemczech, robotnicy ulegają przymusowi ubezpieczania się na wypadek choroby. Musowi ulegają tu zarówno robotnicy przemysłu, jak i oficyaliści zatrudnieni w biurach przem., wówczas gdy robotnicy rolni i przemysłu domowego mogą jedynie dobrowolnie do ubezpieczenia przystąpić. Jest to różnica ogromna, ponieważ za przymusowo ubezpieczonych musi przedsiębiorca wpłacać pewną sumę do kasy, dobrowolnie zaś ubezpieczeni sami całą składkę asekuracyjną płacić muszą. Zarazem zaś podlegający ubezpieczeniu przymusowemu przyjęty być do ubezpieczenia musi bez względu na wiek i stan zdrowia (o ile mu te dwa czynniki nieprzeszkadzają do znalezienia pracy w fachu podlegającym ubezpieczeniu przymusowemu); dobrowolnie ubezpieczający się przed przyjęciem są badani przez lekarzy, albo (w niektórych kasach) nie są wogóle przyjmowani, o ile przekroczą 35 rok życia.

Najważniejszą różnicę między ubezpieczeniem dobrowolnem na wypadek choroby w Niemczech i takiem w Austryi stanowi nieograniczone prawo każdego obywatela — bez względu na wysokość jego zarobku — przystąpienia do tego ubezpieczenia.

W Niemczech ta sprawa nie gra tak wielkiej roli, jak w Austryi, ponieważ w Niemczech ubezpieczenie przymusowe ogarnia wielekroć większą ilość zawodów, natomiast ubezpieczenie dobrowolne jest dostępne tylko dla niezamożnych.

Jak w Niemczech, tak i w Austryi ubezpieczeniem robotników zajmują się t. zw. kasy chorych.

Austryackie kasy dają ubezpieczonym bezpłatną pomoc lekarską i zapomogę—w czasie niezdolności do pracy — w ciągu 20 tygodni, wysokości 60% przeciętnego w danej miejscowości praktykowanego zarobku.

Główne typy kas austryackich są:

I. *Kasy okręgowe* (Bezirkkrankenkassen), do których należą wszyscy niekwalifikujący się do jednej z kas dalej wyliczonych.

II. *Kasy fabryczne* (Betriebskrankenkassen), zakładane przez przedsiębiorców, którzy nienależą do żadnego cechu. Wiele z tych kas daje też pomoc lekarską rodzinom ubezpieczonych, ale nie dają im leków.

III. *Kasy cechowe.* (Genossenschaftkrankrenkassen), obowiązujące wszystkich pracujących w danem rzemiośle.

IV. *Kasy związkowe* (Vereinskrankenkassen), do których zalicza się większość kas pomocniczych, mających te same cechy, co niemieckie kasy pomocnicze.

Mniejsze znaczenie mają kasy budowlane, górnicze i inne.

Wysokość składki asekuracyjnej wynosi 3% zarobku; przedsiębiorca płaci połowę tej sumy, jaką płacą robotnicy; czyli że fundusze kasy składają się z $^2/_3$ wkładów robotniczych i $^1/_3$ — wkłady przedsiębiorców. W tym stosunku są też obie strony reprezentowane w zarządach kas.

Lekarze są w kasach prawie wszędzie stali i płatni rocznie od ilości ubezpieczonych; są oni urzędnikami kasy, ma-

ją zabezpieczoną emeryturę i często aż do śmierci są lekarzami kasowymi. *).

Lekarze austryaccy są przeciwnikami systematu wolnego wyboru lekarzy w kasach, uznając go zarazem za jedynie właściwy. A dzieje się tak dziwnie dla tego, że z chwilą wprowadzenia wolnego wyboru do kas zapisze się większość ludności—przez co zarobki lekarskie się obniżą. Obecnie — przy monopolu lekarskim — mało jest chętnych do dobrowolnego ubezpieczenia.

To też lekarze chcą wprowadzić system wolnego wyboru, ale za warunek stawiają -- i usilnie w tym kierunku agitują — by do kas nie byli przyjmowani ludzie zamożni, t. j., by ci nie leczyli się za te same pieniądze, co i ludzie niezamożni. Jakkolwiek leży to w interesie ubezpieczonych, bo ci zamożniejsi współ—ubezpieczeni zawsze pewną ujmę przez swe większe wymagania czynią pozostałym członkom kasy, tem nie mniej dotąd dobra sprawa niema widoków powodzenia.

Jakie zaś stosunki wyrodził monopol lekarski w austryackich kasach, jawnem jest ze słów posła socyalno-demokratycznego, H y b e s a, który mówi: „Jest to stan rzeczy, który poprostu nie jest godzien społeczeństwa cywilizowanego, który wogóle jest niemożliwy. Czego wszystko żąda się dziś od lekarzy i jaką pomoc lekarską daje się robotnikom—jest, krótko mówiąc, plamą hańbiącą współczesną cywilizacyę. Są to warunki, przeciw którym połączyć się powinni lekarze i robotnicy“.

Węgry. Ubezpieczenie przymusowe, obowiązujące na Węgrzech, obejmuje większą liczbę zawodów, aniżeli austryackie, nie jest jednak tak rozciągłem, jak niemieckie.

Do dobrowolnego ubezpieczenia są uprawnieni wszyscy mieszkańcy.

Kasa daje ubezpieczonemu pełną pomoc lekarską, zapomogę—wysokości połowy zarobku, w ciągu 20 tygodni; położnice otrzymują zapomogę w ciągu 4 tygodni; zapomoga pogrzebowa wynosi 20 krotny zarobek dzienny.

Wogóle więc zasady ubezpieczenia na wypadek choroby są na Węgrzech podobne do niemieckich; znów jednak niesłychanie ważną różnicę stanowi prawo wszystkich ubezpieczania się dobrowolnego.

Lekarze są przeważnie stali, wolnego wyboru prawie nie znają.

Szwajcarya. W Szwajcaryi istnieje gotowy opracowany projekt przymusowego ubezpieczenia, wprowadzający nieograniczony wolny wybór lekarzy. Dotąd jednak ten projekt nie został urzeczywistniony. Funkcyonują natomiast bardzo liczne i bardzo drobne kasy, z których jedne dają pomoc w rozmiarach odpowiadających wzorom niemieckim, inne dają np. tylko zapomogi, lub tylko lekarza, lub tylko pomoc szpitalną; jedne dają zapomogi wysokości 2 franków dziennie, inne — wysokości $24^1/_2$ franka; jedne wydają zapomogi w ciągu 4 tygodni, ale są i takie, które w razie choroby wypłacają zapomogi aż w ciągu lat czterech.

Najczęściej łączą się dobrowolnie w stowarzyszeniu ludzie należący do jedne-

---

* *Wzór kontraktu między Kasami chorych i lekarzami.*

Sekcya czeska izby lekarskiej w Czechach uchwaliła w dniu 18 kwietnia 1905 r. wzór kontraktu między kasami chorych (z wyjątkiem Kas majsterskich) a lekarzami i postanowiła, że będzie popierała interesy tylko tych lekarzy, do sekcyi przynależnych, którzy według wzoru kontrakty zawarli:

Wzór ten opiewa:

I. Kasa chorych . . . . mianuje p. dra . . . . . . z dniem . . . (dzień, miesiąc, rok) . . . swym lekarzem.

II. Tenże zobowiązuje się obok sumiennego wypełniania swych powinności lekarskich strzedz gorliwie interesów Kasy chorych i składać sprawozdania o stanie zdrowia członków Kasy a to w granicach, zakreślonych przez instrukcye, które jednak przed zawarciem kontraktu muszą być lekarzowi przedłożone i przez niego mają być przyjęte.

III. Zarząd Kasy chorych obowiązuje się strzedz powagi lekarza wobec członków i pracodawców, uwzględniać jego fachowe rady i do chorych członków Kasy bez porozumienia się z nim żadnych innych lekarzy nie wzywać; na posiedzenia swe będzie go Zarząd zapraszał, udzielając mu głosu, o ile chodzi o sprawy, należące do jego zakresu działania.

IV. Zarząd obowiązuje się wypłacać punktualnie w regularnych ratach miesięcznych na końcu każdego miesiąca ugodzone honoraryum w kwocie . . . K.

V. Dla leczenia chorych, dalej mieszkających, dostarcza Kasa chorych krytego pojazdu albo zwraca lekarzowi natychmiast w każdym wypadku wydatki, na ten cel poczynione, według taksy, w miejscu przyjętej.

VI. Lekarzowi należy się co roku 4-tygodniowy urlop z pełną płacą poborów; zastępcę przez ten czas opłaca Kasa.

VII. W razie zachorowania lekarza ustanawia Kasa zastępcę na swój koszt najmniej na 3 miesiące. Również opłaca Kasa zastępcę, gdy lekarz do ćwiczeń wojskowych zostanie powgłany.

VIII. Jeżeli lekarz z jakiegokolwiek innego powodu nie może wypełniać swych obowiązków dłużej, niż jeden dzień, ma on na swój koszt postarać się o zastępcę. W tych razach ma Kasa ugodzone honoraryum i osobne odszkodowania wypłacać tylko lekarzowi Kasy.

go fachu, a wogóle nieliczni, bo wszystkie kasy szwajcarskie liczyły w r. 1900 200,000 ubezpieczonych.

Luksemburg. W księstwie luksemburskiem istnieje ubezpieczenie przymusowe i obowiązujący wszystkie kasy systemat wolnego wyboru lekarza z listy.

Co do sposobu korzystania z pomocy lekarskiej, to obowiązuje — w większości kas — taki przepis:

Od początku każdej choroby chory ma prawo z listy lekarskiej wybrać sobie lekarza i aptekę. Zmiana lekarza lub apteki może nastąpić za specyalnem pozwoleniem Prezesa kasy.

Inne przepisy są parafrazą niemieckich.

Szwecya i Norwegia mają jedynie dobrowolne ubezpieczenie na wypadek choroby. Gotowe jest nowe prawo, wprowadzające ubezpieczenie przymusowe, ale dające — w zakresie lecznictwa — tylko albo bezpłatną poradę lekarską (bez leków), albo pomoc szpitalną.

Dańja. W Dańji prawodawstwo określiło pewne przepisy, którym musi odpowiadać kasa chorych i ograniczyło zakres osób uprawnionych do ubezpieczania się w tych kasach.

Te kasy świadczą: 1) porady lekarskie bezpłatne ubezpieczonym i ich dzieciom do 15 roku życia, o ile mieszkają przy rodzicach; 2) zapomogę w razie niezdolności do pracy. Ażeby dostać zapomogę trzeba należeć do kasy co najmniej już przez 6 tygodni. Jeśli choroba trwa mniej, niż 7 dni — zapomogi się nie wydaje wcale. Chorym z powodu pijaństwa, z powodu bójek — zapomogi się nie wydaje; toż samo w razie odmowy udania się do szpitala lub niewykonywania przepisów lekarskich.

Zapomogę się wydaje tylko za 13 tygodni.

Francya. We Francyi panuje system dobrowolnego zabezpieczania się; jedynie górnicy, zarabiający poniżej pewnego minimum, ulegają musowi ubezpieczeniowemu.

Przy tem kasy francuskie mają szerszy zakres działania, aniżeli niemieckie kasy robotnicze. Wobec braku specyalnej organizacyi ubezbieczanie się na wypadek stałej niezdolności do pracy (inwalidności) muszą kasy chorych we Francyi myśleć i o nieuleczalnych i o inwalidach pracy; nareszcie i w przypadkach nieszczęść losowych dają niektóre kasy specyalną pomoc.

Są więc kasy francuskie raczej stowarzyszeniami wzajemnej pomocy (Sociétés de secours mutuels), a jedynie związki zawodowe (Syndicats profesionnelles) są zorganizowane i dają pomoc na podobieństwo kas chorych — niemieckiego typu.

Specyalnie francuskie urządzenie przedstawia t. zw. ubezpieczenie uczniowskie (Societés de secours mutuels scolaires). Każdy uczeń szkoły ludowej — wieku od lat 3 do 13 — musi płacić tygodniowo 10 centimów (8 groszy), z czego 5 ctm. idzie na ubezpieczenie na wypadek choroby, a 5 na ubezpieczenie staości. Państwo ze swej strony dopłaca rocznie po 1 franku na głowę.

Norma udziału w składce ubezpieczeniowej w kasach górniczych, jedynych przymusowych, jest ta sama, co i w Niemczech: dwie trzecie płaci robotnik, jedną trzecią—przedsiębiorca.

Co się tyczy roli lekarzy, to prawie wyłącznie panuje system wolnego wyboru lekarzy z listy, t. j. lekarze kasowi muszą się zobowiązać do przestrzegania pewnych żądań kasy, a ubezpieczeni mają prawo wyboru między tymi lekarzami.

Wynagrodzenie pobierają lekarze, jak i gdzieindziej, w rozmaity sposób obliczane: 1) jako t. zw. forfait — roczna płaca za leczenie wszystkich należących do kasy; 2) jako t. zw. capitation—roczna płaca zależna od często sprawdzanej liczby członków kasy; wreszcie jako 3) t. zw. paeiement à la visite — honorowanie każdego oddzielnie lekarskiego świadczenia, podług z góry ułożonej taksy.

Fatalnością tych kas jest prawo zapisywania się do nich bez względu na stan majątkowy; o ujemnych stronach stronach tego urządzenia mówiłem już wyżej.

Belgia ma te same prawa i takie same kasy, jak Francya. Jak wszędzie, gdzie istnieją wolne kasy, do których dostęp jest wszystkim otwarty, lekarze walczą o zmienienie tego ostatniego prawa, by móc wprowadzić system wolnego wyboru lekarzy.

Anglia. W Anglii niema specyalnych kas ubezpieczenia się na wypadek choroby. Sprawą tą zajmują się następujące stowarzyszenia:

1) Związki wzajemnej pomocy. (Friendly Societies).

2) Kasy pogrzebowe (Colecting Societies) i Towarzystwa ubezpieczeniowe (Industrial Assurance Societies).

3) Trade Unions.

Związki wzajemnej pomocy dają swym członkom, o ile wpadną w jakieś nieszczęście—pomoc, którą rozciągają nawet na dalszych krewnych stowarzyszonego; między innemi świadczeniami — dają pomoc lekarską w razie choroby. Kasy pogrzebowe i Tow. ubezpieczeniowe ograniczają się do wypadków śmierci.

Trade Unions — obok swej roli głównej: poprawianie losu stowarzyszonych, dają im też pomoc w razie choroby.

Stanowisko lekarza w tych organizacyach jest zupełnie inne, niż na kontynencie.

Do niedawna był powszechny taki zwyczaj: lekarz danego związku leczy za stałe roczne wynagrodzenie wszystkich stowarzyszonych, dając im już sam leki; jeżeli jednak zachoruje ktoś z rodziny ubezpieczonego, to tenże lekarz otrzymuje za poradę zapłatę podług ogólnie przyjętej taksy. Za poród np. płacono oddzielnie: za pierwszy 1 funt st. i 5 szyl., za następne po 1 funt st. i 1 szyl. Z czasem rozciągnięto to prawo do bezpłatnej pomocy lekarskiej na żony i dzieci, płacąc za każdego członka rodziny pewną roczną opłatę. Pomoc lekarska stała się tak tanią, że te stowarzyszenia, mające różne cele, zyskiwały sobie członków właśnie dzięki temu, że obiecywały ogromną oszczędność na honoraryach lekarskich.

Ten system chyli się upadkowi, zastępuje go inny, mianowicie taki: kilka stowarzyszeń łączy się z sobą w zakresie sprawy pomocy lekarskiej dla swych członków. Wynajmują wspólnie dom (t. zw. klub) i osadzają w nim paru lekarzy, którym się już praktyką prywatną zajmować niewolno; nawet godziny wyjścia na miasto mają ograniczone. W tym samym domu mieści się, prócz mieszkań lekarskich i apteki, laboratoryum, pokój operacyjny. Lekarz otrzymuje — obok mieszkania, oświetlenia, opału — konie i powóz.

W tych warunkach jest lekarz klubowy najmitą stowarzyszenia, które na nim robi interes, ponieważ — jak wykazała statystyka—pobierano za leczenie od ubezpieczonych dwa i trzykroć więcej, niż wydawano na lekarza i aptekę.

Naturalnie, przepracowany lekarz klubowy nie może spełniać odpowiednio swych obowiązków, co jest przyczyną niezadowolenia klienteli.

Dla tego lekarze angielscy przed paru laty potępili ten system i obecnie bojkotowani („ostracised") są lekarze, którzy podobne układy zawierają.

Włochy. We Włoszech niema przymusowego ubezpieczania na wypadek choroby. Związki wzajemnej pomocy (Societa di mutu o soccorso), wspomagające rodziny, które przez śmierć utraciły chlebodawcę, dają też pomoc w razie choroby.

Nadzwyczajnie liczni we Włoszech lekarze gminni, leczący na koszt gmin ludzi niezamożnych, czynią rolę lekarzy w tych związkach podrzędną.

Holandya. W Holandyi istnieją cztery typy kas: 1) kasy chorych, dające jedynie pomoc lekarską i leki; 2) kasy zapomogowe, dające w razie choroby ubezpieczonego jedynie zapomogę pieniężną; 3) kasy skombinowane, dające zapomogę i pomoc lekarską. 4) kasy fabryczne, utrzymywane przez robotników i przedsiębiorców, i wydające zarówno zapomogę, jak pomoc lekarską. (d. n.)

Towarzystwa Lekarskie prowinconalne.

Płockie Tow. Lekarskie.

Posiedzenie d. 4 czerwca 1905 r.

Na posiedzenie prócz lekarzy z Płocka przybyli koledzy: B r u d n i c k i z Bieżunia, C h o l e w i ń s k i z Rypina, K o r z y b s k i z Mławy, K o s m a c i ń s k i z Drobina, L e s n o b r o d z k i z Bielska, M i e c z y ń s k i z Choszel, S a c h a r o w z Rypina, W a ś n i e w s k i z Przasnysza, W n o r o w s k i z Raciąża i Z a l e s k i z Lipna.

Kol. Z a l e s k i zagaił posiedzenie, poczem na przewodniczącego obrano kol. C h o l e w i ń s k i e g o.

I. Kol. Maciesza: „W sprawie epidemiologii cholery" (Referat będzie podany do druku).

II. Kol. Żenczykowski: „O szczepieniach przeciwcholerycznych“. Autor podaje różne sposoby przygotowywania szczepionki i jej zastosowania i, opierając się na dane statystyczne, zaczerpnięte z literatury odnośnej, radzi w razie pojawienia się pierwszych przypadków stosować masowe szczepienia.

III P. Wichrowski odczytał pracę p. t. „Bakteryologia cholery“, w której podaje sposoby odnajdywania i izolowania przecinkowców cholerycznych.

IV. Kol. Feinberg powiedział kilka słów w sprawie urządzenia szpitali cholerycznych i domów izolacyjnych.

V. Kol. A. Zaleski: „O dezynfekcyi przy cholerze“. Zobrazowawszy przyrodę i sposoby rozmnażania się zarazka cholerycznego, a zarazem drogi, jakiemi zaraza szerzy się zwykle, referat omawia szczegółowo metody odkażania mechaniczne, fizyczne i chemiczne, najstosowniejsze do przyjęcia w małych miastach i po wsiach. Formalinie przypisuje bardzo ograniczony zakres w odkażaniu przy cholerze. Dłużej zatrzymuje się kol. Z. przy odkażaniu za pomocą przyrządów parowych; szczegółowo uzasadnia potrzebę pobudowania w Płocku kamery dezynfekcyjnej parowej i utworzenia specyalnego oddziału dezynfekcyjnego; w końcu opisuje przyrządy do dezynfekcyi parą małych wymiarów, do zastosowania we wsiach i miasteczkach.

Posiedzenie roczne d. 30 stycznia 1906 r.

I. Sekretarz oświadcza, że z początkiem roku bieżącego Towarzystwo liczy członków 14. Posiedzeń było 9. 4 poświęcono sprawom administracyjnym i zawodowym i 5 sprawom etyki koleżeńskiej.

II. Bibliotekarz i skarbnik dali sprawozdanie ze stanu biblioteki i kasy Towarzystwa.

III. Zarząd większością głosów. został zatwierdzony w tym samym składzie, co i w roku zeszłym.

Sekreatrz:
J. Żenczykowski.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 7 lipca 1906 r.

Uczczono przez ogólne powstanie pamięć wice-prezesa Tow. kol. Berezy, zmarłego nagle wczoraj wskutek anginae pectoris, i postanowiono na trumnie złożyć wieniec od Tow. Lek. Nad grobem przemawiać będzie Prezes, kol. Zaleski.

Sekretarz:
J. Żenczykowski.

Korespondencye.

Szanowny Panie Redektorze!

W numerze 8 „Czasopisma“ Dr. Rychliński stawia mi zarzut, że krytykę jego projektu pomocy lekarskiej dla ludu opieram na pobieżnej znajomości samego projektu. Nie przyznając się do takiej winy, gdyż z projektem jego, zamieszczonym w № 1. „Nowin Lekarskich“, dokładnie się zapoznałem, chcę prosić o pomieszczenie następującego wyjaśnienia:

W № 5 „Czasopisma“ powiedziałem: „Dr. Rychliński tworzy posady lekarzy okręgowych, których cała praktyka ma być ambulansowa lub dojazdowa“. Chyba że miałem prawo tak powiedzieć, gdyż Dr. R. w swoim projekcie wyraźnie mówi: „przynajmniej na 3 okręgi lekarskie powinien być jeden szpital o 20 łóżkach“, czyli 2 okręgi nie będą miały zupełnie szpitala, a więc działalność lekarzy w tych dwuch okręgach będzie wyłącznie dojazdowa, albo ambulansowa. Wprawdzie można by przypuszczać, że w innych okręgach mogą być szpitale, bo powiedziano „przynajmniej“, co nie wyklucza większej liczby szpitali, ale budżet urządzenia pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego zapewne był tak obliczony, że w 3-ch okręgach będzie jeden szpital. Dalej Dr. R. obszar okręgu określa 200—250 wiorst kwadratowych, mniej więcej $2^1/_4$ mili w promieniu, czyli 3 okręgi razem wzięte będą miały około 600 wiorst kwadratowych, a przypuszczając nawet, że szpital na 3 okręgi powstałby nawet w samym ich środku, wtedy te 3 okręgi będą miały

jakieś 6 mil w promieniu. Rodzi się teraz pytanie, czy chory wieśniak pojedzie 6 mil, albo i więcej do szpitala? Być może, że z pewnymi zastarzałymi chorobami pojedzie i dalej, na początku zaś choroby, właśnie wtedy, kiedy pomoc lekarska mogłaby być najlepsza dla niego, stanowczo tak daleko nie pojedzie, będzie zasięgał porady u swego lekarza okręgowego, t. j. porady jednorazowej i częstokroć z usług szpitala korzystać nie będzie. Następnie, pojedzie tak daleko ten, co ma swe konie, ewentualnie ma na najęcie sobie furmanki; co pocznie w takim razie biedak? a o tych najwięcej iść nam winno. Na blizki dystans każdy z sąsiadów da koni, nawet bezpłatnie, na dalszy—żaden. Że tak jest, stanowczo śmiem utrzymywać.

To, co do pierwszego zarzutu, jaki rzeczywiście projektowi Dr. Rychlińskiego robiłem.

Co do drugiego zarzutu, to muszę i ja poprosić Dr. Rychlińskiego, aby lepiej zapoznał się z tem, com pisał w Nr. 5 „Czasopisma", zarzutu bowiem, jakoby on pragnął tworzyć tylko szpitale powiatowe i gubernialne, zupełnie tam niema. Powiedziałem tam: Dr. Rychliński tworzy posady okręgowych lekarzy, których cała praktyka ma być ambulansowa lub dojazdowa, co wobec wyżej powiedzianego nie wielką korzyść ludowi przyniesie. Są wprawdzie podług tego projektu szpitale powiatowe i gubernialne" i t. d. Wyraźnie więc mowa o szpitalach okręgowych, powiatowych i gubernialnych, jak chce Dr. R.; chyba go dobrze zrozumiałem. Następnie, co do budżetu, to powiedziałem, i obecnie utrzymuję, że 4,000,000 rub. nowego ciężaru byłoby zbyt dużą sumą, aby społeczeństwo nasze przy tylu innych potrzebach mogło ją ponieść. (Tego samego zdania jest i Dr. Biegański). Nigdzie zaś nie powiedziałem, że pomoc projektowana przez Dr. R. miałaby być marną, przeciwnie, byłby to już wielki postęp w lecznictwie u ludu naszego, gdyby projekt Dr. R. był już w czyn zamieniony. Kiedy jednakże jeszcze nic nie ma, kiedy każdy musi dbać o siebie, kiedy wiele cierpiących zostaje bez pomocy najmniejszej, bo nie ma za co się leczyć, obowiązkiem społeczeństwa pomyśleć, aby złe usunąć; kiedy zaś to społeczeństwo jest biedne i nie może zrobić wszystkiego naraz tak, jak być powinno, należy pomyśleć o tem, aby przy najmniejszych wydatkach stworzyć coś najbardziej pożytecznego. Według zaś mnie, a sądzę że i wielu kolegów praktykujących wśród ludu podzieli moje zapatrywanie, najskuteczniejszą formą pomocy lekarskiej jest szpital; tylko ten może oddać biednemu ludowi prawdziwą i rzetelną pomoc, o co nam właśnie idzie. Leczenie w domu czy to fornala lub służącego dworskiego, czy też wyrobnika miejskiego lub wiejskiego, ze względu na warunki, w w jakich pozostaje, niewielką pomoc przynieść mu może. Właściel majątku lub bogatszy włościanin i dziś daje sobie radę bez pomocy społeczeństwa, ma on na każde zawołanie konie, które może wysyłać, ilekroć razy tego potrzeba wymagać będzie, po lekarza, ma w ostateczności trochę grosza, więc i leczyć się może. Namby właśnie iść winno o to, aby wszyscy, więc i najbiedniejsi mieli możność racyonalnego leczenia się; nie troszczmy się więc o tych, którym i tak źle nie jest, ale całą energję wysilmy, aby tym wydziedziczonym jaknajrychlej pomoc rzeczywistą dostarczyć Biedak, jeżeli tylko wiedzieć będzie, że szpital na wypadek jego choroby stoi dla niego otworem, jeżeli będzie przekonany, że tam w szpitalu znajdzie on prawdziwą i troskliwą opiekę, jeżeli przekona się, że tam traktować go będą nie jak coś nędznego i upośledzonego lecz jak chorego człowieka, a pewnością stronić od szpitala nie będzie, ale chętnie tam podąży, bo będzie wiedział, że warunki w szpitalu dla niego, jako chorego, o całe niebo lepsze, niż mógłby mieć w domu u siebie, gdzie nietylko nie ma należytej opieki w chorobie, ale częstokroć nie ma nawet czem się posilić. Trzeba znać biedę wiejską, trzeba stykać się z nią, aby wiedzieć, co jest w rzeczywistości. Wszak mieszkanie każdego mniej zamożnego wieśniaka, to urągowisko wszelkim zasadom hygienicznym. Wszak jedna niewielka brudna izba to całe jego mieszkanie, gdzie musi się on mieścić z całą rodziną; o żadnej wentylacyi mowy tam być niemoże, bo okna zwykle zabite, piecyk przeważnie żelazny, na którym gotuje on sobie strawę, a wszelkie zapachy z gotujących się potraw, z kapusty i kupy kartofli ustawicznie rozchodzą się po izbie i niemiłosiernie drażnią drogi oddechowe chorego, który musi pozostawać w takim lokalu. Pytanie: jak leczyć w takich warunkach chorego, dajmy na to na zapalenie płuc, jeżeli świeżego powietrza dostarczyć mu nie możemy, a toć przecie główny warunek przy leczeniu tego rodzaju cierpień. Przytym, w izbie tak ogrzewanej tylko wte-

dy ciepło i to niemiłosiernie ciepło, kiedy w piecyku palą; niech tylko ogień w nim wygaśnie, a wnet temperatura izby niczem prawie nie różni się od temperatury zewnętrznej; tam nieraz widziałem zmarzniętą wodę w kubełkach, które stały w mieszkaniu. Czy takie wahania w ciepłocie izby dobrze działają na zdrowego, a cóż tu mówić o chorym, który częstokroć pod wpływem gorączki, przez nikogo nie pilnowany, odkrywa się i tym sobie szkodzi. Sądzę więc, że wszelką pomoc ulgową w domu wieśniaka winniśmy dziś pozostawić na uboczu, a z całą energją powinniśmy wystąpić, aby stworzyć możliwie większą ilość szpitali, gdzieby biedni mieli zapewnioną opiekę lekarską zupełnie bezpłatnie, a zamożniejsi, o ile by zechcieli umieszczać się w szpitalu, za pewną dopłatą. Pod tym więc względem rożnię się w zapatrywaniach swoich z Dr. R. On bowiem przy niewielkiej stosunkowo ilości szpitali pragnie stworzyć ulgowe leczenie w domu wieśniaka, ja zaś jestem przeciwny leczeniu dojazdowemu, gdyż podług mnie nie wielką to przynosi korzyść wieśniakowi.

Teraz co do ostniego zarzutu, jaki stawiałem Dr. R. t. j. dotyczącego wynagrodzenia lekarza. Dr. R. jest mniemania, że 35% od porad ambulansowych to taki dodatek, który zapewni dostatni byt lekarzowi wiejskiemu. Według projektu Dr. R. „do leczenia bezpłatnego w okręgu mają prawo wszyscy bezrolni mieszkańcy wsi i miasteczek, następnie najemnicy, służba folwarczna, robotnicy rolni i fabryczni i ci wszyscy posiadacze gruntów i nieruchomości, których wartość nie przenosi 2500 r. lub 10 morgów ornej ziemi.

Płacą zaś: a) właściciele osad rolnych ponad 10 morgów i nieruchomości ponad 2500 rub. za poradę ambulatoryjną u lekarza 10 kop. za wezwanie zaś lekarza do domu 50 kop.;

b) właściciele osad rolnych ponad 50 do 100 morgów i nieruchomości ponad 5000 do 10000 rb. za poradę płacą 20 kop.; za wezwanie do domu płacą rubla;

c) właściciele większych osad ponad 100 morgów i nieruchomości ponad 10,000 rb. z posad ulgowych u lekarzy okręgowych korzystać nie będą;

d) za leczenie w szpitalach samorządnych, mieszkańcy danego okręgu należący do 2-ej i 3-ej kategoryi zamożności, jak również wszyscy mieszkańcy innych okręgów płacić będą po 25 kop. dziennie;

e) w szpitalach dla obłąkanych na salach ogólnych wszyscy mieszkańcy samorządnych gubernii nic nie płacą. Na oddziałach uprzywilejowanych płacą od 20—45 rb. miesięcznie;

f) urzędnicy państwowi, pracownicy fabryczni, wojskowi, obcy poddani, korzystając ze szpitali samorządnych, opłacać będą taksę, ustanowioną przez Wydział krajowy i zatwierdzoną przez ministeryum spraw wewnętrznych;

g) dotknięci cierpieniami wenerycznemi i chorzy zakaźni, żadnych kosztów leczenia nie ponoszą;

h) dochody, wpływające z porad ambulatoryjnych i posad domowych od mieszkańców 2 i 3-ej kategoryi zamożności, dzielić się będą w ten sposób, że 40% wpływać będzie do kasy rad powiatowych, 35% wypłacane będą lekarzowi i 25% pozostawać będzie do równego podziału między niższą służbą lekarską danego okręgu. Opłata za szpital zaliczana być winna całkowicie do funduszów szpitalnych, będących pod zarządem Rad powiatowych.“

Obliczmy teraz według prawdopodobieństwa co będzie miał lekarz z tych 35% dodatku do pensyi. Porad ambulatoryjnych, przypuśćmy, lekarz okręgowy będzie miał 10000 rocznie. Z tych napewno, jeżeli nie więcej, będzie zupełnie bezpłatnych 5000, z czego nic na korzyść lekarza nie odejdzie; pozostaje 5000. Z tych niech 4000 będzie należących do pierwszej kategoryi (a) t. j. tych, co za poradę będą płacili 10 kop., co stanowić będzie 400 rubli czyli 140 rub.; 1000 przypuśćmy do 2-ej kategoryi (b) t. j. płacących po 20 kop. za poradę t. j. 200 rubli czyli na korzyść lekarza 70 rubli. Teraz weźmy porady domowe: przypuśćmy że porad płatnych udzieli lekarz 500 rocznie; z tych do kategoryi a niech będzie 400, co stanowić będzie 200 rub. a na rzecz lekarza 70 rub.; co razem stanowi sumę 140+70+70+70=350.

Nie wiem, jak stoją rzeczy w innych guberniach, tutaj jednakże w mojej okolicy z pewnością takiego dodatku lekarz okręgowy do swej pensyi nie otrzyma. Że tak jest, mogę to stwierdzić swymi książkami chorych. Przejrzałem umyślnie wszystkich chorych, którym udzieliłem porad w domu za rok zeszły i cóż się okazało? Na tysiąc kilkaset chorych zaledwie 218 było takich, którzy kwalifikowaliby się do płatnych chorych pier-

wszej lub drugiej kategoryi, z tego do pierwszej nie więcej nad 40-tu, do 2-ej zaś zaledwie kilku chorych. Pytanie, jaki to dodatek miałby lekarz z tego. Właścicieli większych osad ponad 100 mam w całej swej okolicy 6-ciu, a właścicieli nieruchomości ponad 10000 rub. zupełnie ma. Być może, że w innych okolicach kraju inaczej ta rzecz by się przedstawiała. W gubernii kaliskiej zaś, podług statystyki (patrz stan ekonomiczny gub. kaliskiej Staniszewskiego, „Prawda“ roku bież.) przeważają drobne gospodarstwa wiejskie. Sądzę jednakże, że to, co się już dokonywa w mojej okolicy, t. j. parcelacya większych własności na małe działki, będzie stopniowo odbywać się gdzieindziej, a tym samym dochody lekarza według projektu Dr. R. maleć. Gdybyśmy i ten wzgląd pominęli, to pozostaje jeden wielki zarzut, jakiby można projektowi Dr. R. uczynić— mianowicie przy przyjmowaniu chorych będziemy musieli ciągle badać stan majątkowy naszych pacyentów, wiele ziemi ma nasz chory, lub jaką wartosć przedstawia jego nieruchomość, a chyba zgodzi się ze mną Dr. R. że to najmniej lekarzowi przystoi!

Racz przyjąć, Szanowny Redaktorze, wyrazy prawdziwego szacunku i należnego uznania.

K. Lidmanowski.

Krytyta i bibliografia.

Dr. med. Stanisław Orłowski. **Cierpienia układu nerwowego. Choroby nerwów obwodowych. Choroby rdzenia nerwowego.** Warszawa 1906.

Trzeba mieć dużo cywilnej odwagi, by zostać autorem polskiego podręcznika naukowego. Praca bowiem autora polskiego odbywa się w warunkach znacznie trudniejszych, niż praca np. zagranicznego profesora uniwersytetu; nadto polski uczony musi byc z góry przygotowanym i na straty pieniężne, i na krytykę, zawsze łatwiejszą od pracy twórczej, albo nawet co gorsza — na zupełny brak uwagi ze strony krytyki.

Praca kol. St. Orłowskiego bezwarunkowo zasługuję na ocenę. Jest to I tom (419 stronic) podręcznika chorób nerwowych, którego tom II (choroby mózgowia i nerwice) ma wydać autor w przyszłości.

Wykład jasny, bez niedomówień, nie pozostawia w umyśle czytelnika żadnych wątpliwości w sprawie zapatrywań autora. Doszukiwanie się jakichś błędnych wskazówek klinicznych w poszczególnych obrazach chorobowych pozostaje bezskutecznem. Fakty kliniczne ustalone są skrzętnie, oddzielane przez autora od rzeczy dotąd niepewnych, 186 rysunków fotograficznych i mikrofotograficznych ilustruje w bardzo dodatni sposób tekst wykładu.

Treść podręcznika opracowana jest nie we wszystkich działach równomiernie. Dział anatomo-patologiczny jest bogatszym w treść, niż kliniczny. Pracą mikroskopową autor zajmował się widocznie ze szczególnem upodobaniem. W tej dziedzinie rażącem jest tylko już zbytnie zacieranie granic pomiędzy zwyrodnieniem nerwów obwodowych z jednej strony a ich zapaleniem z drugiej. Wskutek tego znajdujemy w podręczniku rozdział np. o „porażeniu (zapaleniu) nerwu węchowego“, jakkolwiek autor sam zaznacza, iż anatomicznie zapalenia nigdy nie stwierdzono, a znajdywano tylko zanik nerwów węchowych lub zmiany pourazowe.

W dziale klinicznym spostrzegać się daje również pewna nierównomierność w opracowaniu. Choroby nerwów obwodowych zobrazowane są w sposób bardziej wyczerpujący, zaś większość chorób rdzenia kręgowego (z wyjątkiem wiądu) przedstawia w swej części klinicznej tylko suche wyliczenie najczęstszych objawów, a nie „obraz chorobowy“.

Przytem nie wszędzie można się zgodzić z autorem co do układu treści. Autor omawia tics, kurcze umiejscowione i

zawodowe w rozdziale o cierpieniach układu nerwowego obwodowego, jakkolwiek sam zaznacza. że „prawdopodobnie w przyszłości obydwie wymienione grupy odpadną“ od tego działu (str. 122), a przejdą do działu nerwic. Czemu jednak autor twierdzi jednocześnie, że „dzisiaj wyodrębnienie takie uzasadnione nie jest“? Wszak i dzisiaj w tych sprawach chorobowych nie znajdujemy żadnych zmian w nerwach obwodowych, nie spodziewamy się ich — zgodnie z zapatrywaniem autora — i w przyszłości, a natomiast dzisiaj już znajdujemy — znowuż zgodnie z zapatrywaniem samego autora — wyraźną ich łączność z nerwicami. Zdawałoby się zatem, że nie jest uzasadnionem umieszczanie kurczów zawodowych i umiejscowionych właśnie w dziale nerwów obwodowych. Starsze podręczniki (S t r ü m p e l l z 1895 r.) mają jeszcze w tym względzie układ analogiczny do układu autora, ale nowsze, np. O p p e n h e i m a z 1905 r., opisują już kurcze umiejscowione i zawodowe w dziale nerwic, omawiając przy nerwach obwodowych tylko pominięte przez autora niedowłady zawodowe z zanikiem mięśni, czyli sprawę istrotnie obwodową.

Jeśli zatem rozdział o kurczach mógłby znaleść odpowiedniejsze miejsce dopiero w II tomie podręcznika, gdyż wywołałby przez to stosowniejsze kojarzenia w umyśle czytającego, to wzamian należałoby umieścić w I tomie opis niektórych jednostek klinicznych, ku niewątpliwej szkodzie podręcznika całkowicie pominiętych przez jego autora. Cały szereg, wprawdzie dość rzadko spotykanych, ale jednak niezmiernie ciekawych obrazów chorobowych, znanych pod nazwą zaniku mięśni postępującego typu. A r a n-D u c h e n n e'a, typu C h a r c o t - M a r i e, typu. E r b'a, choroba T h o m s e n'a, — cały ten szereg autor pomija milczeniem. Spraw tych do tomu II (choroby mózgu i nerwice) na żaden sposób zaliczyć nie można. Są one jednak nazbyt ważne, aby okolicznościowe o nich wzmianki na str. 299 i 310, przy omawianiu innych jednostek klinicznych, mogłby wystarczyć chociażby do celów egzaminacyjnych słuchacza, korzystającego z podręcznika autora.

Nie wspomina autorów również wcale o zboczeniach rozwojowych, nie wzmiankując nawet o rozszczepieniu kręgosłupa.

Ujemną stroną podręcznika jest brak *metodyki i techniki badania* neurologicznego, jakkolwiek badanie np. czucia skórnego (cieplnego a nie „ciepłotnego“!), odruchów ścięgnistych (a nie ściągnowych“!), odruchów źrenicznych (a nie „źreniczych“!) i t. d. w wielu razach przedstawia istotnie duże trudności techniczne. O istnieniu szeregu odpowiednich aparatów, jak S o m m e r a, W e i l e r a, P i l t z a i t. d., które już dzisiaj mają pewne znaczenie i w przyszłosci odegrywać będą coraz większą rolę, nie wspomina autor wcale. Nakłucie lędźwiowe, wzmiankowane przez autora w paru miejscach, interesuje go tylko jako zabieg leczniczy; o „cytodjagnostyce“ natomiast, która dała wprawdzie dotąd niezbyt wielkie rezultaty, ale jest bardzo żywo omawiana we współczesnej literaturze fachowej, nie wspomina autor ani słowem.

Podręcznik naukowy powinien bezwarunkowo przedewszystkiem zaznajomić czytelnika z faktami już ustalonymi przez wiedzę i doświadczenie, i temu żądaniu dzieło autora zadość czyni. Ale dzieło naukowe, które nie chce się obniżyć do poziomu t. zw. „compendium“, powinno jeszcze nadto odzwierciedlić w sposób przedmiotowy najświeższe prądy i zagadnienia literatury bieżącej. Pod tym względem dzieło kol. St. O r ł o w s k i e g o nie stoi na wysokości zadania. Polską literaturę przedmiotu zebrał autor bardzo sumiennie, ale i tej nie wyzyskał, nie wspomina np. wcale o odruchu źrenicznym P i l t z a, który jednak zainteresował neurologów zagranicznych.

Toż samo w części ogólnej. W literaturze współczesnej wrze obecnie gorąca walka pomiędzy zwolennikami starszej teoryi neuronów z jednej strony, a nowej, jeszcze nie wykończonej teoryi fibrillarnej—z drugiej strony. Walkę tych dwu krańcowo przeciwnych sobie zapatrywań roztrzygnie dopiero przyszłość; nowa nauka zdobywa jednak sobie coraz więcej stronników, a i wyraźni jej przeciwnicy, jak np. M o n a k o w, liczą się z nią jednak w sposób poważny. I w takiej chwili, kiedy podwaliny nauki o neuronach zdają się właśnie chwiać, kol. St. O r ł o w s k i pisze, że „badania nowoczesne ustaliły pogląd o zupełnej odrębności anatomicznej neuronu“, że „stwierdzono“, iż „ciągłości anatomicznej między neuronami niema nigdzie, stosunek zaś wzajemny neuronów polega na ścisłem zetknięciu (kontakcie)“ (str. 207). Jak kol. St. O r ł o w s k i apodyktycznie twierdzi, iż jego pogląd na teoryę neuronów jest już „ustalony“, tak samo apodyktycznie **N i s s l** — **firma poważna** —

twierdzi, iż teorya neuronów należy już do historyi. Taka rozbieżność poglądów dowodzi właśnie, iż prace dotychczasowe żadnego z nich jeszcze nie „ustaliły“. Może zresztą i kol. Orłowski się na to zgadza, gdyż o teoryi fibrillarnej wzmiankuje, jako o „głosach przeciwnych nauce o neuronach, głosach, opartych na badaniach, które, *jak dotychczas przynajmniej*, nie zdołały naruszyć podstaw omawianej nauki“. Ale jeśli autor sądzi, że mogą je naruszyć w przyszłości, to nie powinien twierdzić, iż teorya neuronów jest już „ustalona“ i „stwierdzona“. Jestto tak dobra hypoteza, jak i fibrillarna, i o stwierdzeniu jej dotąd niema jeszcze mowy.

Styl podręcznika jest wszędzie łatwy i potoczysty, język dobry, słownictwo polskie. Oponuje tylko autor — bodaj że całkiem niesłusznie — przeciwko używaniu wyrazów „kiła“, „przymiot“, jakkolwiek sam już przed 11 laty podał „kilka słów o przymiocie rdzenia“. Wyrazy te nie należą wcale do nowotworów językowych i są być może nie młodsze od wyrazów „syfilis“ i „lues“.

Należy w każdym razie powinszować kol. St. Orłowskiemu, iż stał się autorem podręcznika chorób nerwowych, oryginalnego i wartościowego podręcznika polskiego. Z niecierpliwością będziemy też oczekiwali zjawienia się zapowiedzianego tomu II (choroby mózgowia i nerwice).

J. Mazurkiewicz.

KRONIKA.

(№ 128) — Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego uchwalił urządzić kursa uzupełniające dla lekarzy w czasie od 1—20 grudnia 1906.

(№ 129) — *Epidemia płonicy w Łodzi.* Panującą obecnie epidemia w Łodzi charakteryzują dane statystyczne następujące:

Zmarło z powodu szkarlatyny w r. b.: w Styczniu 24 osób, w Lutym 24, w Marcu 17, w Kwietniu 33, w Maju 57, w Czerwcu 84, w Lipcu 136, w Sierpniu 165 osób.

Ponieważ obecna epidemia nie cechuje się wysoką śmiertelnością, więc liczbę chorych należy uważać — przy tej śmiertelności — za bardzo znaczną; epidemia panuje przeważnie wśród ludności ubogiej.

W walce z tą epidemią uczyniono niewiele, bo dopiero niedawno miasto — nieposiadające wcale własnego szpitala — asygnowało sumę na czasowe utrzymywanie 26 łóżek dla szkarlatynowych w szpitalu dziecinnym Anny-Maryi.

Prócz tego fabryka szajblerowska urządziła czasowy barak szkarlatynowy dla dzieci robotniczych, na 20 łóżek.

Oddział łódzki Towarzystwa Hygienicznego zwołał w tej sprawie specyalne posiedzenie, na którem uchwalono następujące rezolucye:

1) „Należy utworzyć w najbliższym czasie prowizoryczny szpital na 300 łóżek, niezależnie od projektowanego powiększenia ilości miejsc dla chorych szkarlatynowych w szpitalu Anny Maryi dla dzieci.

2) Aby uniemożliwić rozszerzanie szkarlatyny przez rekonwalescentów, należy wynająć dom, w celu umieszczania w nim tych ostatnich aż do czasu, gdy przestaną być źródłem zarażenia, przeciętnie około 6 tygodni. Byłby to rodzaj pensyonatu izolacyjnego. Na ten wniosek położono szczególny nacisk, jako na bardzo celowy środek walki z epidemią.

3) Odnośnie do zakładów naukowych, uwzględnić należy następujące postulaty:

a) Szkoły średnie mogą być otwarte pod tym jedynym warunkiem, że zobowiążą swoich lekarzy do odwiedzenia w ciągu dni trzech wszystkich rodzin i stancyi uczniowskich, w celu stwierdzenia, że te wolne są od chorych na szkarlatynę.

Dla ułatwienia, dopuszczalne są świadectwa lekarzy domowych.

Dalsze funkcyonowanie szkoły możliwe jest jedynie pod warunkiem stałej i ścisłej kontroli lekarskiej.

Zarządy otwartych szkół obowiązane są wezwać rodziców i opiekunów do współdziałania w tej sprawie, ze szczególniejszym naciskiem na nieutajenie wypadków zachorowań.

b) Szkoły elementarne i ochrony należy zamknąć natychmiast najmniej na 6 tygodni, ze względu na niemożliwą kontrolę lekarską, wobec braku stałych lekarzy i wielkiej liczby wychowańców. Przytem kontrola taka jest jeszcze więcej utrudniona wskutek braku współdziałania ze strony rodziców.

4) Należy jaknajszerzej rozpowszechnić popularne wskazówki o szkarlatynie. W tym celu, między innemi, należy wezwać do pomocy redakcye pism miejscowych, aby rozpowszechniały bezpłatne dodatki, zawierające wspomniane wskazówki, przez dołączanie ich do numerów. Towarzystwo hygieniczne postanowiło wydrukować odpowiednią ilość tych wskazówek.

5). Miasto powinno mieć do przewożenia chorych na szkarlatynę specyalną karetkę i wysyłać ją na żądania telefoniczne w celu przewiezienia chorego do szpitala lub domu izolacyjnego.

6) Wezwać pp. aptekarzy do zwracania specyalnej uwagi na adnotacye lekarskie odnośnie do szkarlatyny i nie pozwalać matkom z dziećmi choremi wyczekiwać w aptece.

Zalecić skasowanie stałych marek wydawanych w aptekach na zamówione lekarstwo, a które przyczyniają się do rozpowszechniania wszelkich epidemii i zastąpić je znaczkami jednorazowemi.

7). Miasto obowiązane jest zająć się bezłatną dezynfekcyą mieszkań i rzeczy po chorych na szkarlatynę".

W odpowiedzi na te żądania Komisya sanitarna miejska przyśpieszyła urzeczywistnienie projektowanych przez siebie środków walki ze szkarlatyną:

a) Wobec stwierdzonej niemożliwości znalezienia odpowiedniego lokalu (wszystko co było odpowiedniego zajęte jest pod koszary i ambulanse wojskowe); wobec wrogiego zachowania się szpitala Czerwonego Krzyża, który, mając dwa puste pawilony, uniemożliwił miastu korzystanie z nich — ograniczono się do urządzenia w pocholerycznym baraku czasowego szpitala dla płonicowych na 40 łóżek i wyznaczono czasowy nadzwyczajny zasiłek szpitalowi Anny-Maryi na utrzymanie 20 łóżek miejskich (niezależnie od 26 łóżek szpitalnych) dla płonicowych.

b) Zarządzono bezpłatną dezynfekcyę mieszkań po płonicy — przy pomocy 16 dezynfektorów, pod zarządem kol. S e r k o w s k i e g o.

c) Dano do bezpłatnej dyspozycyi wszystkim życzącym sobie tego karetkę (taką samą, jakiej używa Pogotowie) do przewożenia chorych szkarlatynowych.

Z innych zarządzeń nadzwyczajnych wymienić należy zamknięcie wszystkich żydowskich szkół elementarnych, żydowskich ochron i szkoły rzemieślniczej. Zamknięto również szkołę handlową przy Stowarzyszeniu subjektów handlowych i wypożyczalnię książek przy tem Stowarzyszeniu istniejącą.

Oddział Łódzki Towarzystwa Hygienicznego wydał (po polsku, po niemiecku i po żydowsku) odezwę: „Do Matek. Z powodu epidemii szkarlatyny", którą rozpowszechnił przez księży, pastorów, przez zarząd gminy żydowskiej, przez ambulatorya fabryczne, ambulatorya szpitalne.

(№ 130) — *Z Koła lekarzy fabrycznych w Łodzi.*

Niedawno powstałe Koło lekarzy fabrycznych z konieczności jako jednę ze swych pierwszych czynności miało rozpatrzenie sprawy o usunięcie lekarza z fabryki; te sprawy są, niestety, teraz częste.

W łódzkiej gazowni robotnicy zmusili—wciągu paru tygodni — do ustąpienia dwu kolejno lekarzy, podając jako przyczynę usunięcia motywy albo błahe, albo zgoła nielogiczne.

Na żądanie Koła, by sprawę poddano pod decyzyę specyalnego sądu rozjemczego — przez obie strony aprobowanego — robotnicy gazowni się nie zgodzili.

Wówczas Koło ogłosiło bojkot posady lekarza gazowni.

Posadę tę objął jednak Dr. Kazimierz J o k i e l.

Wobec tego Koło zagroziło D-rowi Kazimierzowi Jokielowi zerwaniem stosunków koleżeńskich.

Gdy po upływie dwu tygodni Dr. K. J o k i e l posady nie porzucił, Koło powtórnie mu wspomnianą karą zagroziło, dając mu jednocześnie termin dwutygodniowy do oddania całej sprawy pod rozpatrzenie sądu Towarzystwa lekarskiego.

Gdy jednak Dr. K. J o k i e l do sądu się nie odwołał, Koło ogłosiło zerwanie z nim stosunków, zawiadamiając o tem wszystkich lekarzy łódzkich.

W odpowiedzi na to robotnicy gazowni, a po tem i Dr. Kazimierz J o k i e l ogłosili w pismach listy, ubliżające Kołu lekarzy fabrycznych.

Na list D-ra K. Jokiela odpowiedział w „Kur. Łódzkim" kol. T o m a s z e w s k i, następującą odezwą, z której treścią całkowicie się solidaryzujemy.

„Przeczytawszy długi artykuł d-ra Kazimierza Jokiela, umieszczony w № 175 „Kuryera Łódzkiego," nie mogę się powstrzymać od skreślenia słów paru.

Niezgodne z prawdą jest to, co pisze dr. K. Jokiel o Kole lekarzy fabrycznych. Wiedział on bardzo dobrze, że poszczególni członkowie Koła pracują nad gruntowną reorganizacyą lecznictwa fabrycznego, wiedział również, że Koło po części zostało utworzone i dla zapobieżenia nadużyciom, jakie, niestety, dosyć często zdarzają się, czy to ze strony samych lekarzy, czy to ze strony fabrykantów i robotników, znał zasady i cele Koła i że z takowemi się zgadza sam własnoręcznie podpisał; jednak nie przeszkodziło mu to wszystwo posadę w gazowni przyjąć i przyjąć nie dla żadnych szlachetnych pobudek, a dla względów czysto materyalnych. Nie chcę tu uzasadniać ostatniego twierdzenia — bo to zaprowadziłoby mnie zadaleko, musiałbym bowiem wtedy potrącić i o poprzednie jego postępowanie, tyczące się innej fabryki i zakończone dlań niepomyślnie, twierdzę jeszcze tylko, że sprawa objęcia posady w gazowni przez d-ra Kazimierza Jokiela, przy wszechstronnem jej zbadaniu, przedstawia się w odmiennem świetle, niż przedstawił ją dr. K. Jokiel w swym obronnym artykule i ze swej strony uważam całe jego postępowanie w tej sprawie—uchylenie się od sądu Towarzystwa lekarskiego—wreszcie ostatni jego list umieszczony na szpaltach „Kuryera" — za nie etyczne i poniżające godność lekarską."

Opisane zajście ma to szczególnie ujemne znaczenie, że się zdarzyło w chwili, kiedy Koło lekarzy przystąpić musi do reorganizacyi sposobów podawania pomocy lekarskiej w fabrykach.

Cała sprawa powstała, jak i liczne inne, choć bez analogicznego epilogu, na tle wadliwego systemu — monopolu lekarskiego, kiedy nie osoby, jeno system jest przyczyną konfliktów.

Dziś, gdy do tej zasadniczej wady dołączył się chaos motywów walki klasowej, nienawiści partyjnych i rasowych — takie sprawy wynikać będą nawet bez osobistego przyczynienia się do tego osób interesowanych.

Gdy jednak znajdzie się jeszcze jeden lub drugi lekarz, chcący, wyzyskując te stosunki, upiec przy tem własną pieczeń, t. j. objąć po koledze posadę — podobne konflikty zaostrzają się i doprowadzają do stosunków demoralizujących obie strony: lekarza i jego pacyentów.

(№ 131)— *W Tow. Lekarskiem Łódzkiem*—z powodu różnicy w poglądzie na jednę sprawę*) między Zarządem a Zebraniem ogólnem—Zarząd zrezygnował ze swych obowiązków.

Chodziło o to, czy dana sprawa podlega kompetencyi Zarządu, czy Sądu koleżeńskiego, Za-

*) I ta sprawa była w związku z kwestyą medycyny fabrycznej.

rząd uważał daną sprawę za podlegającą kompetencyi Sądu; tego samego zdania było 15-tu z obecnych; przeciwnego zdania było 17-stu, więc Zarząd, znalazłszy się w mniejszości przy roztrząsaniu sprawy zasadniczej, ustąpił.

Ponieważ na posiedzeniu wyborczem w dniu 12 b. m. wybrany ponownie na Prezesa kol. Ks. Jasiński oświadczył, że zarówno on, jak i inni członkowie ustępującego zarządu, mandatów nie przyjmą, głosowanie ostateczne dało następujące wyniki: Prezes — kol. Rundo; Wice-Prezes — kol. Krusche; Sekretarz — kol. Grosglik; Bibliotekarz — vacat (ponieważ nikt z wybranych wyboru przyjąć nie chciał); zastępczo pełni obowiązki kol. Prechner, będący Bibliotekarzem II-im; Skarbnik — kol. Staweno.

(№ 132)— Aresztowano ponownie kol. Stefana Rudzkiego w Lublinie.

(№ 133) — Wyrokiem sądowym uniewinniony został kol. Daum ze Starachowic, który od grudnia r. ub. pozostawał więzieniu.

(№ 134) — W Kamieńcu Podolskim aresztowano kol. Błońskiego.

Jednocześnie z nim aresztowano i jego brata, ucznia klasy trzeciej, i wtrącono go również do więzienia.

(№ 135) — „Pierwsze biuro porady dla matek otwarte zostało w Krakowie staraniem krakowskiej instytucyi „Kropli mleka". Punktem wyjścia tej organizacyi, popularnej we Francyi pod nazwą „Consultations de nourisons" jest pewnik stwierdzony przez naukę, iż niedostateczna znajomość elementarnych zasad żywienia niemowląt u matek stanowi jednę z najważniejszych przyczyn chorób i śmiertelności w okresie pierwszego dzieciństwa. Staraniem organizacyi jest zatem rozpowszechnianie wiadomości w tym zakresie w najszerszych warstwach ludności, jakoteż zapewnienie racyonalnego kierunku tak naturalnemu, jak sztucznemu żywieniu niemowląt. W tym celu biuro udziela każdej niezamożnej matce bezpłatnie wszelkich wskazówek i objaśnień w zakresie hygieny wieku niemowlęcego, a w szczególności hygieny żywienia; również każdej z tych matek przysługuje prawo regularnego uszęszczania do biura dla poddania dziecka systematycznemu ważeniu i kontroli lekarskiej."

Tę informacyę „Przeglądu lekarskiego" sprostować należy w tym sensie, że przy pierwszej w Polsce „Kropli mleka", w Łodzi, podobne biuro istnieje od Czerwca r. b.

(№ 136) — 26 sierpnia policya moskiewska uczyniła rewizyę we wszystkich szpitalach.

Sceny wprost dramatyczne towarzyszyły temu aktowi w szpitalach dla obłąkanych i w szpitalach dziecięcych.

Między Prof. Serbskim, dyrektorem kliniki psychiatrycznej, a policyą, doszło do ostrego starcia. Prof. Serbski nie pozwolił na rewizyę w klinice i oświadczył, że ustąpi jedynie sile fizycznej. I, rzeczywiście, policya gwałtem wdarła się do szpitala,—gdzie, naturalnie—nic nie znalazła.

(№ 137) — Pisma codzienne doniosły w swoim czasie o fakcie, który strasznie kompromitował lekarzy rosyjskich. Pisano, jakoby schwytanemu „politycznemu" lekarz na żądanie władzy zaaplikował środek wymiotny w celu wydostania z żołądka kompromitującego połkniętego papieru.

Otóż okazuje się, że była to wiadomość potwarcza.

Środek wymiotny zastosował felczer, którego wprowadzono w błąd oświadczeniem, że ma przed sobą samobójcę, który się otruł.

(№ 138) — W Uniwersytecie Odeskim pozwolono zdawać egzamin na stopień pomocnika aptekarskiego tym tylko kandydatom, którzy przedstawią świadectwa prawomyślności.

(№ 139) — W Towarzystwie Lekarskiem Charkowskiem gubernator zaaresztował sprawozdanie tego Towarzystwa za rok 1905-ty, w ilości 340 egzemplarzy, jakie policya na miejscu znalazła. (Rusk. Wr. № 35).

(№ 140) — Weresajew był powołany na Daleki Wschód i teraz ogłasza swoje wrażenia.

Opisuje — między innymi — taki fakt. Lekarz naczelny na wstępie dał następujące wskazówki swoim podwładnym: Panowie, pamiętajcie, że naczalstwo nie lubi „lekkomyślnych" dyagnoz. Tak np. w swojej lekkomyślności gotowi jesteście napisać rozpoznanie „dysenteria" lub „typhus abdominalis". Przypomnijcie sobie wówczas, że: „stan sanitarny armii jest wyśmienity" i piszcie: „enterocolitis" i „influenza"!

Zdarzały się wypadki, że generalny inspektor lekarski urządzał skandale lekarzom, którzy przy swej pracy operacyjnej byli bez szabel: „Pan spełniasz swoje obowiązki służbowe, więc powinieneś być przy szabli!"

Za taki zwrot mowy: „Mam honor zakomunikować Waszemu prewoschoditelstwu...", inspektor zagroził siedmiodniowym aresztem lekarzowi, bo ten nie miał prawa mu „komunikować", tylko „raportować".

Zresztą, nic nie powinno dziwić, tam, gdzie główne kierownictwo całą sanitaryą tak wielkiej armii było w ręku byłego gubernatora, a inspektorem szpitali był... irkucki policmajster, jenerał Jezierski! (Wracz. Gaz. № 35).

SPROSTOWANIE.

W artykule Brudzińskiego i Trenknera należy sprostować na str. 305, szpalta 1-a, wiersz 7 od dołu zamiast „zipisywać", powinno być: „zapisywać"; na str. 312, szp. 2, wiersz 2 od dołu, zamiast „zatrucie" powinno być: „zatrucie:"; W artykule Sterlinga: na str. 314, szp. 2-ga, wiersz od góry 13 zamiast „wewnętrznego" powinno być: „zewnętrznego"; wiersz 31 zamiast „tylko", powinno być: „tylko, lecz".

Szanownych kolegów upraszamy o wniesienie zalegającej przedpłaty! *Administracya.*

Komitet redakcyjny:
J. Brudziński, L. Fankanowski, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher
H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, S. Skalski
E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Wydawca: Dr. S. Serkowski. Redaktor: Dr. S. Sterling.